Psychische Störungen
bei der
Lungentuberkulose
insbesondere bei
Phthisis incipiens tuberkulosa.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
einer
Hohen medizinischen Fakultät
der
Universität Leipzig

vorgelegt von

Alfred Hanel,
Arzt
am St. Adalberthospltal in Oppeln (O.-S.).

Leipzig.
Druck von Bruno Georgi.
1906.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 23. Januar 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Flechsig.

In Dankbarkeit
seinem geliebten Vater
und dem
Andenken seiner teuren Mutter
gewidmet
vom Verfasser.

Bei dem mit Recht so grossen und noch immer zunehmenden Interesse, welches die ganze zivilisierte Welt jetzt der Tuberkulose und hauptsächlich der Tuberkulose der Lungen entgegenbringt, dürfte es gewiss der Mühe wert sein, auch wieder einmal auf jene Störungen hinzuweisen, welche dieses verheerende, rein körperliche Leiden in der Psyche der von ihr Befallenen hervorzurufen vermag. Die Beschäftigung mit diesem Thema ist nicht neu. Von Autoren, die ihm in jüngster Zeit ihre Aufmerksamkeit zugewendet haben, nenne ich besonders Jessen (18), der in seiner im verflossenen Jahr erschienenen Arbeit „Lungenschwindsucht und Nervensystem" auch erwähnt, dass sich die Erörterungen über die geistigen Erkrankungen auf der Basis der Lungentuberkulose bis ins Altertum zurückverfolgen lassen, denn bereits Hippokrates, der Vater der Medizin, machte die Beobachtung, dass die Unterdrückung des Auswurfs bei Phthisischen sich auf den Verstand werfe.

So reichhaltig man nun auch die Literatur nennen muss, welche über psychische Störungen im Verlauf der Lungentuberkulose berichtet, so arm und wenig ergiebig darf man sie wohl bezeichnen, wenn man in ihr nach Arbeiten sucht, welche speziell das Kapitel der psychischen Störungen im Beginn der Lungentuberkulose behandeln.

Der Zweck meiner Arbeit soll nun sein, zunächst das über die psychischen Störungen bei der Lungentuberkulose wissenschaftlich Festgestellte wieder einmal zusammenfassend zu berichten, dann aber die in der Literatur enthaltenen Angaben üben psychische Störungen im Anfang der Lungentuberkulose i. e. Phthisis incipiens tuberculosa, einer eingehenderen Betrachtung zu unterziehen und ihr Ergebnis bei drei in der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Leipzig beobachteten Krankheitsfällen kritisch zu verwerten. In der mir über das genannte Thema zur Verfügung gestandenen Literatur fand ich folgende nennenswerte Ausführungen:

1. Allgemeines über das Auftreten von seelischen Störungen im Verlauf der Lungentuberkulose.

2. Schilderungen der bei Lungentuberkulose beobachteten Formen von geistigen Störungen.

3. Untersuchungen über das ursächliche Verhältnis von Lungentuberkulose und Geistesstörung.

4. Sehr vereinzelte Angaben über den diagnostischen Wert psychischer Störungen für die Lungentuberkulose.

5. Berichte über den Einfluss seelischer Störungen auf den Verlauf der Tuberkulose der Lungen.

6. Therapeutische Winke für die Behandlung Tuberkulöser mit psychischen Störungen.

7. Angaben über pathologisch-anatomische Befunde bei Seelenstörungen im Verlauf der Phthise.

I.

Aus den Ausführungen der verschiedenen Autoren über das Vorhandensein von psychischen Störungen im Verlauf der Lungentuberkulose ist im allgemeinen zu entnehmen, dass man seit langer Zeit das Auftreten von Geistesstörungen im

Verlauf der Phthise beobachtet hat. Man sah ferner nicht nur seelische Störungen leichten Grades, sondern auch ausgesprochene Psychosen, erstere relativ häufig, letztere seltener. Geringe Abweichungen von der Norm des Seelenlebens sollen bei jedem Tuberkulösen aufzutreten pflegen, während man wirkliche Geisteskrankheit bei Tuberkulösen 5 mal häufiger als bei Nichttuberkulösen beobachtet hat. Alle Stadien der Lungentuberkulose, von Anfang bis zu Ende, können von psychischen Störungen begleitet sein. Kein Lebensalter schützt den Tuberkulösen vor psychischer Erkrankung, wenn auch Tuberkulöse im 20—30. Lebensjahr am wenigsten davon verschont zu werden pflegen.

Häufig soll die Lungenschwindsucht von Irresein umgeben werden, wenn sie gewissermassen somatisches Familienerbstück geworden ist; nicht selten ist in manchen Familien die Geistesstörung die ständige Begleiterin der Phthisis und umgekehrt.

Hinsichtlich der einzelnen Erscheinungsformen von seelischen Störungen bei Lungenschwindsucht ist zunächst bei einer Gruppierung derselben zu bedenken, dass ja jede Krankheit eine nervöse oder psychische Veränderung bedingt, und dass es nur von dem Grade derselben abhängt, ob ein Mensch geisteskrank zu nennen ist oder nicht, je nachdem die Störung des Nervensystems infolge der somatischen Erkrankung so gering ist, dass sie sich nur durch Schmerzen, Reizbarkeit oder allgemeines Uebelbefinden äussert, oder so ausgesprochen ist, dass sie dem Bilde einer der bekannten Irreseinsformen gleicht.

Ich versuchte folgendes festzustellen, ohne dabei speziell die beginnende Phthisis in den Kreis der Betrachtung zu ziehen. Dass die Geistesveränderungen Tuberkulöser harmloser Natur sind, wird bereits in den Schilderungen „geistesgesunder“ Phthisiker von Savage (34) und Neumann (28) widerlegt, welche die Hoffnungsfreudigkeit, Erregbarkeit und den Leicht-

sinn dieser Kranken als auffällig und in merkwürdigem Kontrast zu der Depression, dem Ernst und der Einkehr in sich selbst, der „geisteskranken“ Phthisiker stehend, bezeichnen Bei letzterem ist die Phthisis die Hauptsache, und trotzdem tritt die psychische Anomalie auffallend hervor zum Unterschied von demjenigen „geisteskranken“ Phthisiker, bei dem die Seelenstörung das Agens ist, und wo nun merkwürdigerweise die subjektiven und objektiven Symptome der Tuberkulose meist ganz vermisst werden. Zugegeben muss werden, dass sowohl die verschiedensten Formen von psychischen Störungen beobachtet wurden, als dass auch das Stadium der Grunderkrankung die Form modifizieren hilft, genau so, wie es Alter, Geschlecht und Temperament tun.

Wirkliches Irresein, und zwar besonders in chronischer Form, soll der Tuberkulose der Lunge ebenfalls eigen sein. Andere schrieben den psychischen Störungen der Tuberkulösen einen besonderen Charakter, oder wenigstens Charakterveränderungen der Befallenen, als durch die Phthise hervorgerufen, zu.

So betonte man als in allen Stadien vorhanden die Gemütsreizbarkeit und Uebererregbarkeit der Lungentuberkulösen, hob namentlich die Labilität ihrer Stimmung hervor und bezeichnete die Phthisiker als sexuell sehr erregbar. Andere fanden ihren Egoismus, ihr Misstrauen und ihr insoziales Wesen charakteristisch.

Unzufriedenheit mit der Umgebung, Undankbarkeit, Scheltsucht und Zorn oder Wutausbrüche wurden bei manchen nicht selten beobachtet. Starrsinn, Neigung zu impulsiven Handlungen, oder abweisende negative Haltung, ja Apathie waren ebenfalls oft gesehene Eigenschaften Tuberkulöser.

Während einige Forscher eine auffallende geistige Regsamkeit bei Tuberkulösen beobachteten, sind andere der Ansicht,

dass es meist zu Abnahme der Intelligenz, zu geistiger Unlust und Unfähigkeit, ja, bis zu Stupor zu kommen pflege. Wille und Gedächtnis blieben bei vielen Kranken bis zum Ende, bei anderen war entschieden eine Abnahme der Willensenergie zu konstatieren. Viele Kranke bewahrten eine auffallende Euphorie und hochgradigen Optimismus bis zum Tode, bei anderen bildete eine hypochondrisch-melancholische Stimmung etwas ganz charakteristisches im Verlaufe ihres Leidens.

Neurasthenie, Hysterie oder Hystero-Neurasthenie traten ebenfalls in Erscheinung. Auch Schwäche des Gemütslebens wird öfters genannt.

Man hat ferner das Bild einer eigentlichen „tuberkulösen Psychose", das gewisse für Tuberkulose charakteristische, spezifische Züge an sich tragen sollte, zu entwerfen versucht, und im grossen und ganzen finden sich in ihm, bei dem einen Autor mehr, beim anderen weniger, scharf gezeichnet alle die eben genannten Besonderheiten Tuberkulöser vereinigt. Zwar soll diese „tuberkulöse" Psychose nach Jessen (18) einen ganz bestimmten, stadienmässigen Verlauf nehmen; nach Buri (18) ist sie nur eine Steigerung des sogenannten „phthisischen Charakters", der sich durch Labilität des Gemütes, Schwäche des Intellektes und des Willens kundgiebt. Doch selbst Clouston (18), der Vater dieses Gedankens, weil er zuerst die „phthisical manie" aufstellte, musste zugeben, dass kein einziges Symptom absolut charakteristisch für Seelenstörung auf tuberkulöser Basis sei. Dasselbe bestätigte später auch Griesinger (14). Paris (29) hielt den Namen für die Fälle, die nicht auf tuberkulöser Infektion beruhen, für prognostisch ungünstig gewählt und Siemerling (36) meinte, dass man damit auf dem besten Wege sei, für jede fieberhafte Erkrankung eine besondere Irreseinsform einzuführen, so z. B. beim Typhus eine folie typheuse.

Ausser den leichteren, seelischen Störungen bezw. den Charakterveränderungen im Verlauf der Lungentuberkulose beobachtete man auch gröbere; Zustände von Verwirrtheit, Sinnestäuschungen, Wahnideen, kataleptische Erscheinungen, unüberwindliche Schlafzustände und bei Kindern ausgeprägten Hang zum Schmutzessen.

Von wirklichen, ausgesprochenen, echten Psychosen wird am häufigsten die Melancholie genannt. Sie kann verbunden sein mit heftiger Reizbarkeit, ungewöhnlichem Misstrauen, häufigem Stimmungswechsel, mit Zornraptus und halluzinatorischen Erregungszuständen, Neigung zum Selbstmord und Stupor. Man beobachtete ferner Manie, diese auch mit Wahnideen und Halluzinationen verknüpft. Ferner wurden Verrücktheit mit exaltierten Wahnvorstellungen, Querulantenwahn, halluzinatorische Paranoia, Schwachsinn und Dementia praecox sowie Erschöpfungspsychosen beobachtet.

Bei sehr vorgeschrittener Phthisis traten Steigerungen der charakteristischen Eigentümlichkeiten auf, besonders aber wurde ein zunehmend abstossendes Wesen, sowie sehr starke Abneigung gegen ärztliche Untersuchung und Behandlung auffällig bemerkt.

Gegen Ende greift manchmal eine mildere Stimmung Platz, oder es kommt zu maniakalischen Paroxysmen, auch solchen mit Gesundheits- und Kraftideen. Oft sah man kurz vor dem Tode die bekannte, paradoxe Euphorie. Seltener trat Schwermut im Endstadium auf, bisweilen psychische Schwäche.

Häufig werden gegen Ende der Phthise Delirien beobachtet, und zwar Schwäche oder Inanitionsdelirien meist mit „tuberkulöser Nuance“ d. h. mit heiterem Inhalt und voller Unternehmungslust, die in grellem Gegensatz zu der physischen Schwäche steht, und ferner akute Delirien, deren Charakter von dem des befallenen Individuums abhängt, und bei denen

oft Alkoholismus den Ausbruch begünstigt bezw. die Färbung des Krankheitsbildes bedingt. Manchmal folgen Delirien jeder Hämoptoe.

Die „galloppierende“ Schwindsucht äussert psychische Störungen in doppelter Weise; entweder steigert sich die ursprüngliche erhöhte Gemütsreizbarkeit bald bis zu maniakalischen Ausbrüchen oder es tritt sofort primäre Dementia auf, dabei sind immer Wahnvorstellungen besonders der Grösse und der Verfolgung zu beobachten.

Die erhöhte sexuelle Erregbarkeit der Phthisiker wird anerkannt, und erklärt sich in manchen Fällen, speziell bei Anstaltstuberkulösen aus ihrer Lebensweise mit Ueberernährung. Daneben sprechen natürlich die erhöhte Reizbarkeit der Tuberkulösen, bisweilen vielleicht auch die ungünstige Prognose ihres Leidens „zum Lebensgenuss auffordernd“ mit.

Die Tuberkulösen sind zurechnungsfähig, verdienen aber vor dem Forum individuelle Beurteilung und ähnlich den Alkoholikern in manchen Fällen Zubilligung mildernder Umstände, besonders wenn es sich um nervös schwerer belastete Individuen handelt, bei denen vor oder nach dem Delikt Exacerbationen ihres Leidens stattgefunden haben.

Aus den Beobachtungen über den Zusammenhang zwischen der Lungentuberkulose und den in ihrem Verlauf auftretenden psychischen Störungen ist Folgendes zu entnehmen.

Es gilt schon längst als selbstverständlich, dass bei der Wechselbeziehung zwischen Respiration und psychischem Leben, Störungen der ersteren auch solche der Psyche zur Folge haben müssen. Während man nun auf der einen Seite davon überzeugt ist, dass Lungenschwindsucht zu psychischen Störungen führen kann, ja meint, dass die psychischen Symptome im Verlauf der Lungentuberkulose immer aus den körperlichen entstehen, nimmt man anderseits das Umgekehrte als zutreffendes

Verhältnis an. Im allgemeinen hat man aber seelische Störungen nicht selten als Ausdruck der Phthise gesehen und bei Irren mit Lungentuberkulose bis zu 6% einen Zusammenhang des Irreseins mit der Tuberkulose konstatiert. Im besonderen nimmt man letztere für Melancholie und die terminale Euphorie als alleinige Ursache an, bei anderen Formen z. B. Dementia praeco spec. Katatonie, zählt sie nur mit als Ursache.

Hinsichtlich des Entstehungsmechanismus hat man zunächst für gewisse Formen seelischer Störungen bei Lungentuberkulose gefunden, dass z. B. der Labilität des seelischen Zustandes der Phthisiker, eine Hysterie, Neurasthenie, oder chronische Einwirkung tuberkulöser Toxine auf das Gesamtnervensystem zu Grunde liegen kann. Bei Dementia praecox kommen die genannten Toxine als auslösende Ursache in Betracht. Auf ihre Einwirkung, analog des Vorganges nach Injektionen Kochscher Lymphe, führen manche den Optimismus bezw. die Euphorie vieler Phthisiker zurück, während andere diese Erscheinungen mit dem abnormen Sauerstoffverbrauch der Tuberkulösen erklären wollen. Die Fothergillsche Anschauung über solche Fälle, dass zwischen Lunge und den Kopfgefässen sympathische Fasern vorhanden seien, die eine vermehrte Blutfülle und lebhaftere Hirnernährung bedingen, hat wohl nicht Gemeingut der Forscher werden können. Die Intoxikation des Gehirns soll die Melancholie hervorrufen, falls sie nicht moralischen Shok oder die anämisierende Phthise zur Ursache habe. Die psychische Schwäche wird als Folge der Atrophie und des Oedems des Gehirns angesehen. Im allgemeinen gelten bezüglich der näheren Ursache für psychische Störungen auf tuberkulöser Basis die Anschauungen, dass bei Anstaltstuberkulösen der Müssiggang bei gleichzeitig vorhandener Neurasthenie zu psychischen Störungen führt. In anderen Fällen geben Hysterie oder Neurasthenie allein die Ursache dafür ab.

Manche Forscher beschuldigen als Ursache nur den Kräfteverfall oder die Anämie Tuberkulöser, wenn sie dauernd und konstitutionell geworden ist; letztere müssen, wenn nicht als alleinige Ursache, so doch wenigstens als prädisponierendes Moment gelten. Flemming (13) war sich bereits darüber klar, dass nicht Fieber, noch Schwäche, Anämie oder Anlage zur Seelenstörung bei Tuberkulösen, speziell im letzten Stadium zur Erzeugung von Psychosen nötig seien, erhoffte aber von der Zukunft Aufschluss darüber, ob Mangel an Sauerstoff oder schädliche Stoffe aus den Lungen die eigentliche Ursache wären.

Von verschiedenen Autoren wurden nun überhaupt die psychischen Störungen aller Art bei Phthise für tuberkulösen Ursprung gehalten, ja man meinte, sie wären immer bacillärer Natur, während andere die bakteriogene Toxinwirkung betonten und Gehirn und Meningealtuberkulose als Ursache hinstellten. Auch Zirkulationsstörungen tuberkulösen Ursprungs in der Schädelhöhle hielt man für wirksam. Daneben wurden Alkoholismus, Erschöpfung und Meningitis als begünstigende oder auslösende Momente angesehen. Heute ist man nicht mehr im Zweifel darüber, dass die Lungentuberkulose fast allein in ihrem Verlauf psychische Störungen verursacht und wenn sie es tut, kann die Wirkung durch moralischen Shok, bei der allgemein als ungünstig bekannten Prognose der Lungenschwindsucht, also rein psychogen erfolgen, namentlich in Fällen, die zum Schlechterwerden neigen, oder es kommt zu organischer, tuberkulöser Erkrankung des Gehirns und seiner Häute oder zur Intoxication des Gehirns oder zu Störungen des Kreislaufs, welche zu psychischen Störungen führen müssen; denn dauernde oder oft wiederholte Hyperämie oder Anämie des Gehirns kann nicht ohne Einfluss auf dasselbe und die Psyche bleiben. Entstehen können diese Zirkulationsstörungen durch die vasodilatatorische und Blutdruck-

herabsetzende Wirkung der Toxine der Tuberkelbazillen oder durch eine Schädigung der Herzmuskulatur und damit der Intensität des Blutumlaufes, sowie Abnahme der roten Blutkörperchen. Sie können ferner verursacht werden durch Schwund des Lungengewebes, narbige Prozesse und nicht zum mindesten durch die wiederholten Hustenstösse und schliesslich können degenerative und entzündliche Veränderungen der feinen Hirngefässe Störungen des cerebralen Kreislaufs bezw. desselben in der ganzen Schädelhöhle überhaupt setzen. Ohne weiteres klar ist, dass auch die Verkleinerung der respiratorischen Fläche und damit das Absinken der Gasaustauschwerte nicht ohne Einfluss auf die Ernährung und den Zustand des Gehirns bleiben können.

Vermag also, wie wir gesehen haben, die Tuberkulose der Lungen psychische Störungen hervorzurufen, besonders leicht wird es ihr, und im Anfangsstadium bringt sie es nur fertig, — wenn sie noch durch ein wesentliches Moment dabei unterstützt wird, und dass ist die sog. „Disposition," sei es, dass die Betroffenen in psychopathischer oder phthisischer Hinsicht seitens ihrer Aszendenten belastet wurden, sei es dass die Schwindsucht selbst erst ihre Psyche weniger widerstandsfähig gegen die Schäden gemacht hat.

Ist eins der Eltern phthisisch, das andere nervenleidend, so sollen die Kinder eine Anlage zu Nervenkrankheiten und so auch zu seelischen Störungen ererben, sind sie von irgend einem der Ascendenten nahen Grades neuropathisch belastet, so kann der Ausbruch einer psychischen Erkrankung leichter erfolgen. Ist ihre Tuberkulose die Folge einer Degeneration des Geschlechtes, so werden sie erst recht leicht das Opfer einer Psychose. Ja der Ausbruch gewisser und gerade schwerer Formen von Psychosen ist besonders an psychopathische und tuberkulöse Heredität geknüpft und speziell schwindsüchtige

Mütter spielen im Stammbaum chronisch Dementer eine ursächliche Rolle. Wechsel der seelischen Störungen von einer Generation zur andern oder Auftreten derselben bei dem nämlichen Individuum in verschiedenen Lebensperioden hängen von psychopathischer Belastung ab. Psychische Disposition kann den Eindruck erwecken, als ginge die aufgetretene Psychose der Tuberkulose voran und letztere sei die Folge der ersteren. Eine „milde Form" der Geistesstörung wird die Prädisposition genannt, worunter Hrdlika (17) das Wegfallen eines regulirenden und trophischen Einflusses vom Zentralnervensystem versteht, welcher im Stande ist, den Organismus oder einzelne Organe gegen schädliche Einflüsse von aussen, z. B. gegen das Tuberkulosegift zu schützen. Sie soll erblich sein und bei den Kindern zu einer Erkrankung führen können, ehe eines der beiden Eltern erkrankt ist. Ob Kindersegen, in bestimmter Zahl, disponierend für Psychosen bezw. Phthise und vice versa wirkt, ist wohl noch Hypothese zu nennen. Disposition und die durch das tuberkulöse Gift gesetzte reizbare Schwäche des Nervensystems bezw. des Gehirns müssen dann auf psychologischem Gebiete zusammen weiter wirken, um endlich psychische Störungen bei Lungen-Tuberkulösen hervorzurufen.

Das Vorhandensein psychischer Störungen im Verlauf der Lungentuberkulose braucht nicht immer darauf zu beruhen, dass erstere die Symptome der letzteren sind, sondern es kann auch auf einer Kombination der Lungenschwindsucht mit typischen Psychosen begründet sein und zwar mit alkoholischen, mit der Korsakowschen, besonders aber mit Melancholie und Manie, ganz selten mit Paralyse, oder schliesslich seine Ursache darin haben, dass beide gleichzeitig aufgetreten sind. In letzterem Falle sollen besonders depressive Zustände mit Hallucitationen und Wahnideen zur Beobachtung kommen.

Ueber den symptomatischen Wert psychischer Stör-

ungen für Tuberkulose der Lungen lässt sich nur sagen, dass natürlich den physikalischen Zeichen der Phthisis entschieden und immer der Hauptwert zukommt, daneben aber namentlich in Bezug auf ev. mitwirkende Disposition die anamnestischen Angaben nicht unterschätzt werden dürfen. Werden jugendliche Individuen von Gehirnaffektionen betroffen, dann muss auch bei den geringsten phthisischen Symptomen auf einen Zusammenhang des Gehirnleidens mit einer Tuberkulose der Lungen gefahndet werden, und im allgemeinen sollen auch noch so unbedeutende Charakterveränderungen, wenn sie bei vorher anders Gearteten auftreten, immer die Aufmerksamkeit auf eine ev. zu Grunde liegende Lungenschwindsucht hinlenken. Jeden Melancholiker auf Phthisis zu verdächtigen, scheint wohl etwas verallgemeinert. — Ist aber die Diagnose „Tuberkulose der Lungen" sicher gestellt und der Patient dabei ein ausgesprochener Optimist, dann sollen er und seine Angehörigen die traurige Wahrheit ruhig erfahren, und der Arzt darf in solchen Fällen nicht durch Verheimlichung der richtigen Diagnose ev. eine ganze Familie materiell gefährden helfen.

Der Verlauf der Lungentuberkulose kann sich unter dem Einfluss psychischer Störungen sehr verschieden gestalten.

Wenn das Urteilsvermögen der Kranken bedeutend gelitten hatte, war die Prognose infaust. Ungünstig soll sie nicht nur infolge Summation der schädigenden Wirkung von Tuberkulose und Psychose sein können, sondern sogar immer sein. Auch gar kein Einfluss wird den Psychosen auf den Verlauf der Lungenschwindsucht zugesprochen; während ein günstiger Einfluss nur scheinbar sein soll. Das oft beobachtete und besprochene Alterniren der psychischen und phthisischen Erscheinungen, welches von Manchen nur als scheinbar bezeichnet wird, sucht man sowohl mit dem bekannten häufigen latenten Verlauf der Lungentuberkulose zu erklären, als auch mit der er-

wiesenen Abhängigkeit der Lungentuberkulose vom Nervensystem, welche ein der Tuberkulose erlegener Arzt treffend mit den Worten vorführt: „Wir sterben nicht an der Krankheit, sondern an unserem Charakter“ und damit betonte, dass reizbare, nervöse Naturen, deren Nervensystem leicht aus dem Gleichgewicht kommt, weniger leicht ihre Tuberkulose besiegen und immer wieder Rückfälle oder Nachschübe erleben, als solche Personen, die mit einer gehörigen Dosis Phlegma ausgestattet sind. Und die Psychiatrie beweist diese Abhängigkeit statistisch, indem sie festgestellt hat, dass 41 % der Melancholischen und nur 0,3 % der Paralytiker an der Tuberkulose zu Grunde gehen. Endlich muss der Tuberkulose, wie manchen anderen fieberhaften Krankheiten zugestanden werden, dass sie ev. Psychosen zur Heilung bringen können. Das Alternieren findet also statt, aber nicht jede Psychose muss Tuberkulose der Lungen bessern oder gar heilen. Dass die Lungenschwindsucht lange latent bleiben bezw. latent werden kann, so dass ihre Symptome ganz verdeckt werden oder zurücktreten, ist, wie erwähnt, oftmals beobachtet und allgemein anerkannt.

Zur Heilung psychischer Störungen bei Tuberkulose der Lungen werden für leichte Fälle Aufenthalt im Hochgebirge, für ausgesprochene Psychosen Anstaltsbehandlung empfohlen. Als wertvoller Heilfaktor gilt ausserdem die Arbeit. Medikamentös soll in manchen Fällen Phenacetin gute Dienste leisten können.

Irgend einen, absolut die tuberkulöse Natur der Psychose kennzeichnenden pathologisch-anatomischen Befund, gibt es bei Seelenstörungen im Verlauf der Tuberkulose der Lungen nicht, abgesehen von der Meningitis und sonstigen Tuberkulose-Depots.

(Ich lasse jetzt die Literaturangaben über psychische Störungen im Beginn der Lungentuberkulose folgen:)

II.

Ueber das Vorhandensein von psychischen Störungen im Beginn der Tuberkulose der Lungen haben folgende Autoren Beobachtungen gemacht.

Emminghaus (18) gibt zu, dass die Lungentuberkulose mit gewissen Psychosen einsetzen kann. Nach Berillon (5) können psychische Störungen bereits im Prodromal und Latenzstadium der Lungentuberkulose vorkommen. Morel (18) weist darauf hin, dass gewisse psychische Anomalien zu Anfang der Tuberkulose oft übersehen werden und Neumann (28) meint, dass seelische Störungen von Anfang an bei Tuberkulösen vorhanden seien. Nach Jessen (18) kommt es ebenfalls im Beginn der tuberkulösen Infektion zu psychischen Störungen. Brehmer (10) sah solche oft genug im Beginn der Tuberkulose. Nabh Griesinger (14) bilden sich zuweilen im Beginn oder doch in den ersten Stadien der Lungenschwindsucht psychische Störungen aus. Arndt (1) ist sogar der Ansicht, dass in den Anfangsstadien der Phthisis pulmonum häufiger psychische Störungen auftreten als in den späteren. Roth (18) hat bei 500 Patienten psychische Störungen im Beginn der Tuberkulose gesehen.

Zu den Formen von seelischen Störungen im Beginn der Lungentuberkulose berichtet Jessen (18), dass leichte und schwere psychische Störungen auftreten. Berillon (5) schreibt dass speziell übermässige Suggestibilität und Abulie bei latentem Verlauf beobachtet würden. Morel (18) sah gewisse Bizarrerieen, Nervosität und vorübergehende Depression. Neumann (28) macht auf Depression. Einkehr in sich selbst, grosse gemütliche Reizbarkeit und Unzufriedenheit, mürrisches

Wesen, Neigung zum Schelten aufmerksam. Brehmer (10) gibt an, dass sich der Beginn der Tuberkulose besonders durch eine Aenderung des Charakters kundgibt. Zu Charakteränderungen kommt es speziell auch nach Jessen (18). Er schildert das Wesen des „phthisischen Charakters" folgendermassen: „Als Quintessenz desselben müssen wir die Ungleichmässigkeit der Gemütsstimmung bezeichnen. Reize, welche das gesunde Gehirn sonst richtig zu bewerten verstand, genügen, das unter tuberkulöser Giftwirkung stehende Zentralnervensystem aus dem Gleichgewicht zu bringen."

„Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt" ist die eigentliche Signatur der tuberkulösen Gemütsstimmung. Dass diese Gemütsstimmung mit einer Schwäche des Urteils verbunden ist, drückt sich in den bekannten trügerischen Vorstellungen aus, die sich Lungenkranke oft über ihren Zustand machen. Jedoch neigen sie auch nicht selten, wie Naumann (27) richtig bemerkt, zu trüben Stimmungen. Daneben findet sich eine ausserordentlich niedrige Reizschwelle gegenüber Eindrücken der Aussenwelt; tötlicher Hass und überschwengliche Liebe wird den Personen der Umgebung gewidmet. Es werden die von diesen Personen oder gegebenen Sachlagen ausgehenden Reize äusserst intensiv empfunden, und es fehlt an Urteilskraft, sie auf ihren richtigen Wert abzuschätzen. Diese Urteilsschwäche findet ihren Ausdruck auch in einem gesteigerten Misstrauen, durch welches die unbewusst empfundene Schwäche ihre Erscheinung in dem bewussten Geistesleben kundgibt. Die niedrige Reizschwelle ist auch die Ursache der erhöhten Suggestibilität der Phthisiker. Daneben findet sich dann auch eine schwere Schädigung der Willenstätigkeit; das Gedächtnis und die geistige Arbeitskraft leiden. Mit grossem Eifer wird alles begonnen, aber rasch folgt die Ermüdung, und geistige Arbeiten werden nicht mehr zu Ende geführt. Dass alle diese Veränderungen der gesunden Seele

sich je nach der ursprünglichen Charakteranlage besonders stark zeigen, liegt auf der Hand.“

An anderer Stelle schreibt er: „Diese Aenderungen im Wesen des Kranken sind oftmals keine konstanten, es kommen vielmehr Schwankungen vor, welche oftmals mit Schwankungen in der Intensität des Lungenleidens einhergehen. Daher sind auch die deutlichsten Spuren dieser Charakteränderung gerade zu Beginn der Infektion, bei jeweiligen Exacerbationen des Leidens und gegen das Ende der Krankheit zu sehen. Ferner könne man oft beobachten, dass Symptome dieses tuberkulösen Charakters mehr oder weniger deutlich bei den einzelnen Kranken auftreten. Dies ist wieder abhängig von der ursprünglichen Stärke des Nervensystems; psychisch schwach organisierte Naturen werden gröbere und leichter auftretende Symptome darbieten als solche Personen, die vor der tuberkulösen Erkrankung über ein tadelloses Nervensystem geboten. Ausserdem ist nicht zu vergessen, dass es, wie bei manchen anderen Psychosen, auch hier Dissimulationen gibt.“

Von schwereren psychischen Störungen, die als Initialerscheinung der Lungentuberkulose auftreten können, nennt Emminghaus (18) Melancholie und Manie. Morel (18) spricht von Melancholie als Begleiterin dieses Stadiums der Tuberkulose. Griesinger (14) bespricht Fälle, in denen Tobsucht und Schwermut auftraten. Jessen (18) beobachtete tiefe Depressionen, die sich bis zu echter Melancholie steigern können. Seltener als mit depressiven Zuständen geht nach ihm der Ausbruch der Lungentuberkulose mit maniakalischen Erregungen einher. Weber (18) sah Gemütsdepressionen hauptsächlich bei nervös belasteten Individuen.

Bei latentem Verlauf der Lungentuberkulose in ihren Anfängen sah Jessen (18) Depressionszustände. Laennec (18) berichtete schon, dass namentlich hypochondrische Zustände als

Deckmantel zu dienen pflegen. Daremberg (18) sah bei latentem Verlauf ebenfalls Depressionen und auch nach Weber (18) verdeckten sehr oft Gemütsdepressionen eine beginnende Phthise.

Den Zusammenhang seelischer Störungen im Beginn der Lungentuberkulose mit der Lungenkrankheit fand ich von folgenden Autoren besprochen:

Arndt (1) schreibt: Die Anfangsstadien der Phthisis pulmonum scheinen hinsichtlich der psychopathischen Diathese ungleich wirksamer zu sein als die späteren, in denen die Kranken viel mehr zu leiden haben und auch noch so manche andere Umstände mitspielen, von welchen man glauben sollte, dass sie zu ihrer Entstehung und weiteren Ausbildung besonders beitragen müssten.

Jessen (18) sagt: Auch bezüglich der Charakterveränderungen sei die alte Frage wieder aufgeworfen, welches das primäre Moment sei, ob eine aus anderen Gründen entstandene Veränderung der Seelenstimmung den Boden für die Tuberkuloseinfektion ebne, oder ob die Aenderung des Charakters Ausdruck des im Körper kreisenden, tuberkulösen Giftes sei. Hierher gehören jene bekannten Fälle, in denen ein Uebergang von „Neurasthenie“ etc. zur Tuberkulose beobachtet wird. Es dürfte aber wohl der allseitigen klinischen Erfahrung entsprechen, dass die Lungentuberkulose in ihrem Beginn und in ihrem weiteren Verlaufe Aenderungen des Wesens der Kranken hervorbringt, die ein charakteristisches Gepräge abgeben. Ferner betont er, dass gerade die mit den Schwankungen in der Intensität des Lungenleidens beobachteten Schwankungen dieser Charakterveränderungen beweisen, wie sehr die letzteren als Ausdruck der Wirkung des tuberkulösen Giftes aufgefasst werden müssen.

Er ist der Ansicht, dass die Labilität des Gemüts, die Schwäche des Intellektes und des Willens, also diese Hauptzüge des „phthisischen Charakters“, alle ein Ausdruck der

„reizbaren Schwäche“ des Nervensystems sind und etwas für die Tuberkulose Charakteristisches haben und führt dafür andere mit Störungen des Gesamtorganismus einhergehende Leiden, bei denen wir Störungen des Gesamtnervensystems sehen, als Beweise an: „Gegenüber der auch bei schweren chronischen Herzleiden vorhandenen grösseren Reizbarkeit der Kranken bietet doch die Aenderung des Wesens der Lungentuberkulösen durch die Labilität der Erscheinungen, das erhebliche Schwanken von einem Extrem ins andere, die herabgesetzte Urteilsfähigkeit und vor allem auch das Auftreten zu einer Zeit, in der von allgemeiner Schwäche noch keine Rede sein kann, bemerkenswerte Unterschiede“. Ferner ist der Parallelismus der Seelenänderung mit den Schwankungen des lokalen Prozesses in den Lungen sehr bezeichnend. Dass die „phthisische Charakteränderung“ etwas Spezifisches darstellt, geht weiter daraus hervor, dass bei schweren toxischen Prozessen, wie der Carcinomkachexie, ganz andere Bilder auftreten, die eigentlich nur durch die Schwäche gekennzeichnet sind, und dass es bei ihnen ganz eminent selten zu wirklichen Psychosen kommt, die dann aber sich nur in den Bahnen einer gleichmässigen Demenz bewegen, und denen die Irritabilität des Tuberkulösen gänzlich fehlt.“

Bezüglich des Zusammenhangs gewisser Formen von Seelenstörung mit der beginnenden Tuberkulose der Lungen sagt Jessen (18), dass die beobachteten anfänglichen tiefen Depressionen durchaus nicht durch dem Kranken ins Bewusstsein kommende physische Krankheitssymptome bedingt sein brauchen, da letztere oftmals in solchen Fällen fehlen. Für den Zusammenhang maniakalischer Erregungen mit der beginnenden Lungenkrankheit bezeichnet er den Umstand als auffallend und fast charakteristisch, dass in vielen Fällen mit dem Deutlichwerden der Lungenerkrankung die psychischen Veränderungen eine

Besserung erfahren, dass also auch im Beginn der Tuberkulose der Lungen schon ein Alternieren der phthisischen Symptome beobachtet werden kann.

Das Alterniren im Beginn der Lungentuberkulose, wie es beobachtet wird, wenn maniakalische Erregungen als initiale Erscheinungsform auftreten und Ausdruck einer Hirnreizung oder Schädigung auf tuberkulöser Basis sind, erklärt Jessen (18) so, dass das zunächst durch das kreisende Gift schwer erschütterte Gehirn eine gewisse Adaption an den Giftreiz gefunden hat; es ist oft beobachtet, dass das Abklingen der psychischen Störungen von der Form der Erregungszustände erfolgt, trotzdem beträchtliche Kongestionen zum Kopfe fortbestanden. Das Gehirn hat sich offenbar dann auch den veränderten Zirkulationsbedingungen angepasst.

Die Frage der Disposition berührt Weber (18), wenn er berichtet, dass Gemütsdepressionen im Beginn der Phthise besonders bei nervös belasteten Individuen sich zeigen, und Jessen (18) wenn er folgendes äussert: „Dass aber Hyperämie oder Anämie des Gehirns oder die Toxine der Lungentuberkulose in manchen Initialfällen das Gehirn derartig aus dem Gleichgewicht bringen, dass es zu groben, psychischen Störungen, spez. maniakalischen Erregungen kommt, das ist offenbar nur dadurch im Gegensatze zu vielen nur leichte Charakteränderung aufweisenden Fällen zu erklären, dass hier der schädliche Reiz ein Gehirn trifft, welches ab origine weniger widerstandsfähig und zu psychischen Erkrankungen disponiert ist. In der Tat sehen wir nun auch, dass diese Fälle fast nur solche Personen betreffen, die neuropathisch und oft auch schon tuberkulös schwer hereditär belastet sind. Diese Glieder neuropathisch und tuberkulös degenerierter und depotenzierter Familien sind es, welche solche Erscheinungen darbieten.“

Hinsichtlich des diagnostischen Wertes psychischer

Störungen für eine beginnende Tuberkulose der Lungen ist Jessen (18) speziell für Erkennung beginnender Phthise der Ansicht, dass, wenn Erscheinungen des „phthisischen Charakters" auch nur angedeutet vorhanden sind, wenn sie aber bei vorher anders Gearteten auftreten, stets zu einer sorgfältigen Lungenuntersuchung mahnen sollten, zumal sie oft von keinen direkten Symptomen eines Lungenleidens begleitet sind.

Ueber den Verlauf der Lungentuberkulose, wenn sich im Beginn derselben psychische Störungen zeigten, fand ich Angaben bei folgenden Autoren:

Der latente Verlauf beginnender Phthise hinter psychischen Veränderungen, namentlich Gemütsdepressionen, wird von Weber (18) als nicht selten bezeichnet, Daremberg (18) sah derartige Zustände sich 4 Jahre vor Beginn der Phthise einstellen.

Nach Jessen (18) tritt Gemütsdepression oftmals auf, ohne dass grobe Erscheinungen einer Lungenerkrankung bestehen. Griesinger (14) beobachtete Fälle von beginnender Tuberkulose, in denen psychische Störungen ohne besondere Symptome der Phthise nur mit Kopfcongestionen auftraten.

Auch Laennec (18) sprach schon davon, dass die Phthise mitunter lange durch hypochondrische Zustände maskiert wird.

Roth (18) sah bei 500 Kranken mit beginnender Lungentuberkulose und gleichzeitig vorhandenen psychischen Störungen in 12,6 % der Fälle keine Lungenerscheinungen.

Griesinger (14) erwähnt, dass sich im Beginn der Lungentuberkulose psychische Störungen ausbilden, ohne dass die Tuberkulose erkannt wird. Workmann (18) ist der Ansicht, dass jede latente Phthise bei Irren von Anfang der Psychose an datiere. Nach Jessen (18) fehlen bei Charakterveränderungen im Beginn der Phthise oft direkte Symptome eines Lungenleidens.

Ueber den Verlauf solcher latent begonnener Fälle von Tuberkulose berichtet Daremberg (18), dass die psychischen Erscheinungen sich bei Ausbruch der Phthise besserten, dass die Patienten aber alle an tuberkulöser Meningitis starben. Die von Laennec (18) beobachteten Fälle verliefen rasch tötlich.

Das Alternieren der psychischen und phthisischen Erscheinungen sah schon Emminghaus (18), dessen melancholische und maniakalische Patienten sich mit dem Fortschreiten der Phthise besserten. Jessen (18) hebt die Tatsache hervor, dass bei den initialen Erscheinungsformen von Hirnreizung oder Schädigung im Beginn der Lungentuberkulose, speziell bei maniakalischen Erregungen, oftmals das Deutlichwerden der Lungenerkrankung eine psychische Besserung bedingt.

Griesinger (14) beobachtete, dass nach kurzem Bestand mancher Psychosen die phthisischen Symptome deutlicher werden und die Stimmung klarer und freier wird; die Kranken bessern sich geistig oder genesen gar. Meist nimmt aber bei diesen geistig Genesenen die Tuberkulose dann einen um so rascheren Verlauf, doch sind Heilungen nicht ausgeschlossen.

Zur Behandlung der psychischen Störungen im Beginn der Lungentuberkulose empfiehlt Jessen (18) für einfache initiale Verstimmungen eine geeignete Klimabehandlung der Tuberkulose in einer Anstalt.

Gray, van Bibber und Weber (18) sahen bei solchen Fällen gute Erfolge nach einer Weir-Mitchellkur. Die eigentlichen Psychosen müssen natürlich auch im Anfangsstadium der Tuberkulose fast stets der Anstaltsbehandlung nach psychiatrischen Grundsätzen überlassen bleiben.

In der angeführten Literatur wird zunächst die Ansicht vertreten, dass Abweichungen von der Norm des Seelenlebens bezw. psychische Störungen im Initialstadium der Tuberkulose

der Lungen aufzutreten pflegen. Sie sind bereits im Prodromal und Latenzstadium der Schwindsucht beobachtet worden. Mit ihnen kann die Phthisis einsetzen. Man traf seelische Störungen im Anfangsstadium der Lungenschwindsucht häufiger an, als in den folgenden, obwohl in den letzteren ungleich mehr und wirksamere Faktoren für die Entstehung von Psychosen vorhanden sind.

Roth fand bei Tuberkulösen im I. Stadium 12,6% der Fälle mit seelischen Störungen behaftet und trotzdem wurden noch manchmal gewisse psychische Anomalien übersehen.

Bezüglich der Formen, welche die im Beginn einer Tuberkulose der Lungen auftretenden, psychischen Störungen anzunehmen pflegen, erfahren wir, dass es solche leichten und schweren Grades sein können.

Abgesehen von gewissen oft übersehenen Bizarrerien, Nervosität, vorübergehender Depression, liessen manche tuberkulöse Lungenkranke von Beginn ihres Leidens an Einkehr in sich selbst, grosse, gemütliche Reizbarkeit, Unzufriedenheit, mürrisches Wesen, Neigung zum Schelten, vor allem aber Depression erkennen. Bei anderen wurde nur eine Veränderung ihres Charakters wahrgenommen, die sich hauptsächlich durch eine Labilität des Gemüts, sowie Schwäche des Intellekts und Willens kundgab. Ich darf vielleicht auch an dieser Stelle nochmals auf die vielen im I. Teil der Arbeit beschriebenen Veränderungen im Wesen der Tuberkulösen hinweisen, die ich an jener Stelle als leichte Seelenstörungen bezeichnete.

Modifizierend wirkt auf den genannten „phthisischen Charakter“ vor allem die ursprüngliche Charakteranlage des Patienten, sodass alle Charaktere bezw. Temperamente schon unter den Initial-Tuberkulösen in ausgesprochenem Masse und zahlreich als Typen angetroffen werden können: der Optimist,

der Pessimist, der Choleriker, sie alle finden sich unter den Tuberkulösen.

Dann haben auch die Schwankungen in der Intensität des Lungenleidens einen unbestrittenen Einfluss auf diese Charakteränderung, so dass sich ihre Spuren natürlich gerade im Beginn bezw. bei jeweiligen Exacerbationen des Leidens am deutlichsten ausgeprägt vorfinden.

Die ursprüngliche Stärke des Nervensystems des betreffenden Tuberkulösen ist der Grund dafür, dass wir die Züge dieses „tuberkulösen Charakters“ nicht bei allen Kranken gleichmässig deutlich zu Gesicht bekommen. Und endlich muss dem Vorkommen von Dissimulationen bei diesen seelischen Störungen noch die nötige Beachtung geschenkt werden, um sich ihr verschieden gefärbtes Bild erklären zu können.

Neben solchen seelischen Störungen leichter Form, wurden aber auch schwerere beobachtet. Meistens traten diese unter dem Bilde depressiver Gemütsstimmungen auf, die sich bis zu tiefer Melancholie zu steigern vermochten, namentlich wenn die Erkrankten nervös belastete Individuen waren.

Morel ist der Ansicht, dass die Melancholie allein die stetige Gefährtin der beginnenden Tuberkulose sei; maniakalische Erregungen sollen den Ausbruch der Lungentuberkulose selten begleiten. Emminghaus lässt beide beim Ausbruch einer Lungenschwindsucht vorkommen. Nimmt die Tuberkulose im Beginn aber einen latenten Verlauf, so müssen hypochondrische Zustände und Gemütsdepressionen ihr Werk im Innern der Lungen verdecken helfen. Auch übermässige Suggestibilität und Abulie sind in solchen Fällen beobachtet worden und interessant ist die Beobachtung Griesingers an jenen leicht tuberkulösen Kranken, die an Tobsucht und Schwermut litten und statt der erwarteten ursächlichen Lungensymptome von Kopfkongestionen gequält wurden.

Zur Frage des Zusammenhanges zwischen der beginnenden Tuberkulose und psychischen Störungen wurde bereits erwähnt, dass die Anfangsstadien der Lungenschwindsucht ungleich häufiger zu psychischen Störungen führen als die späteren, trotz ihres Mangels an wirksameren Entstehungsfaktoren. Es muss also auch schon zwischen der Lungentuberkulose in ihrem Anfang und den sie zu dieser Zeit begleitenden seelischen Störungen ein ursächliches Verhältnis bestehen.

Versuchen wir dieses zunächst für die Charakterveränderungen im Beginn der Lungentuberkulose zu ergründen, so finden wir, dass zweifelsohne die Tuberkulose das primäre und die Wesensveränderungen der Kranken das sekundäre sind, ja, dass letztere nicht aus anderen Gründen entstanden, sondern Ausdruck der tuberkulösen Giftwirkung sind. Für den ersten Teil der Behauptung gilt als Beweis die allgemeine klinische Erfahrung, dass die Lungentuberkulose in ihrem Beginn Charakterveränderungen zu ihren Symptomen zählt. Diese sind aber ferner durch das tuberkulöse Gift hervorgerufen, weil sie einen mehr oder weniger spezifisch tuberkulösen Charakter tragen, oder wenigstens ihre Abhängigkeit von der Tuberkulose daran erkennen lassen, dass sich die bei Tuberkulose der Lungen beobachteten Aenderungen im Wesen der betreffenden Kranken, von solchen, z. B. bei Herzkranken beobachteten, deutlich unterscheiden durch die Labilität der Erscheinungen, das erhebliche Schwanken von einem Extrem ins andere, die herabgesetzte Urteilsfähigkeit und vor allem auch durch das Auftreten zu einer Zeit, in der von einer allgemeinen Schwäche, auf die man sie zurückführen könnte, noch keine Rede sein kann. Die tuberkulöse Färbung des sog. „phthisischen Charakters“ geht ferner daraus hervor, dass die klinischen Bilder seelischer Störungen bei Lungentuberkulose ganz andere sind, als bei anderen schweren toxischen Prozessen, wie der Carci-

nomkachexie, die nur durch die Schwäche gekennzeichnet sind und dass die sehr selten dabei beobachteten psychischen Störungen bezw. Psychosen sich in einer gleichmässigen Demenz bewegen und nichts von der Irritabilität des Tuberkulösen besitzen.

Diese Charakterveränderungen sind, wie bereits erwähnt, der Ausdruck und die Folge des Lungenleidens, denn Schwankungen des letzteren ziehen immer solche der ersteren nach sich oder fallen mit ihnen zusammen.

Dass aber auch zwischen den im Beginn der Tuberkulose der Lunge auftretenden ausgesprochenen Psychosen und ersterer ein ursächlicher Zusammenhang besteht, beweist am deutlichsten das Alternieren zwischen phthisischen und psychischen Symptomen, wie es besonders beobachtet wurde, wenn maniakalische Erregungen den Ausbruch der Lungentuberkulose begleiteten und wo dann das Deutlichwerden der Lungenerkrankung eine psychische Besserung bewirkte. Das Gehirn, welches bei Beginn der tuberkulösen Infektion sogleich in maniakalische Erregung durch das Virus versetzt wurde, gewöhnte sich allmählich an die Zufuhr solcher schädlichen Produkte, es adaptierte sich an den Giftreiz, ja, es passte sich auch den durch den Giftreiz bewirkten circulatorischen Störungen im Cerebrum an und die Manie blieb aus, trotz andauernder Congestionen.

Für die häufiger beim Ausbruch der Lungentuberkulose vorhandenen depressiven Zustände, speziell die Melancholie bleibt in ursächlicher Hinsicht ebenfalls die Infektion mit dem tuberkulösen Virus zu berücksichtigen; es können aber auch als Ursache die dem Kranken ins Bewusstsein kommenden phthisischen Krankheitssymptome, mit anderen Worten, der moralische Shok, mit in Frage kommen. Nicht zu vergessen aber ist als Mithelferin beim Zustandekommen von Seelenstörungen gerade im Beginn der Tuberkulose der Lungen die

Disposition zur psychischen Erkrankung, mag sie ererbt sein bei neuropathischer und oft auch tuberkulöser, schwerer Belastung, oder erworben durch Schwächung des Gesamtorganismus und insbesondere des Nervensystems. Nervös belastete Individuen werden, wenn sie tuberkulös geworden sind, gar bald auch Gemütsdepressionen bezw. echte Melancholie zeigen, und maniakalische Zustände werden den Gliedern neuropathisch und tuberkulös degenerierter und depotenzierter Familien in solchem Falle ebenfalls nichs erspart bleiben; fehlt aber die genannte hereditäre Belastung, dann wird es auf Grund der Hyperämie oder Anämie des Gehirns oder der Toxine der Lungentuberkulose nur zu Charakteränderungen kommen, die das Temperament, Alter, Charakter und Geschlecht des Einzelnen in ihrer Art und Intensität bestimmen, von schwereren Störungen des Seelenlebens, d. h. von ausgesprochenen Psychosen werden die Tuberkulösen nicht befallen, weil ihr Hirn ab ovo nicht zur seelischen Erkrankung disponiert war.

Seelenstörungen leichten Grades bezw. unbedeutende Charakterveränderungen bei vorher anders Gearteten genügen, um Verdacht auf beginnende Tuberkulose der Lungen zu erwecken.

Hinsichtlich des Verlaufs der Lungentuberkulose, insoweit psychische Störungen bereits in ihrem Beginn zum Ausdruck kommen, wurde ebenfalls das schon oft erwähnte Alternieren der phthisischen und psychischen Symptome als nichts Seltenes, namentlich dann beobachtet, wenn die psychischen Störungen manischen Charakter trugen. Besserung der Psychose infolge Adaption des Gehirns an den tuberkulösen Giftreiz bewirkte dann Verschlimmerung der Tuberkulose und raschen Tod.

Ferner hat man konstatiert, dass eine Tuberkulose der Lungen in ihrem Beginn nicht immer nur Erscheinungen seitens dieses Respirationsorgans zu machen braucht, sondern dass, wie

im Beginn des II. Teils ausgeführt wurde, auch psychische Veränderungen mit zu den Frühsymptomen der Phthisis tuberkulosa gehören, und was noch wichtiger ist, man hat nicht selten beobachtet, dass sich der Anfang einer tuberkulösen Lungenerkrankung fast oder ganz frei von Erscheinungen seitens des Respirationstraktus manifestieren kann, dass ihn aber dafür nervöse Symptome maskieren, und abgesehen von dem Fall, wo Kopfkongestionen statt Lungenerscheinungen beobachtet wurden, ihm psychische Störungen als Deckmantel dienen können, oder mit anderen Worten, dass der Beginn der Tuberkulose der Lungen hinter psychischen Symptomen latent bleiben kann. Die psychischen Störungen sind also in solchen Fällen die ersten auffallenden Produkte der Giftwirkung des Tuberkulosevirus, sie sind einzig und allein bei latentem Verlauf der Lungen tuberkulose ihre Frühsymptome, und die Häufigkeit solchen latenten Verlaufs der Lungenschwindsucht demonstriert, die statistische Angabe, dass unter 500 Fällen von psychisch Erkrankten mit beginnender Lungentuberkulose, bei 12,6% der der Kranken keine für die Schwindsucht sprechenden Lungenerscheinungen, weder objektive noch subjektive, konstatiert werden konnten.

Ueber die Dauer des latenten Verlaufs im Beginn der Lungentuberkulose wird berichtet, dass er lange währen kann, dass er sich 4 Jahre hinzog und das Anfangsstadium der Tuberkulose der Lungen lange Zeit überdauern kann, ja bei tuberkulösen Irren soll das beobachtete Latenzstadium der Phthise genau so alt sein, wie die Psychose.

Wenn der Beginn einer Tuberkulose sich hinter psychischen Störungen verbarg, so nahm die Tuberkulose meist einen raschen Verlauf; viele dieser Patienten, namentlich solche, die unter hypochondrischen Zuständen gelitten hatten, und als die häufigste Erscheinungsform psychischer Störungen bei latentem

Verlauf wurden meistens Gemütsdepressionen beobachtet, — starben an tuberkulöser Meningitis.

Tuberkulöse im Anfangsstadium ihres Leidens, dürfen von geeigneter Klimabehandlung vielleicht mit Zuhilfenahme einer Weir-Mitchellkur Heilung erwarten, wenn sie nur leichte Seelenstörungen haben; leiden sie bereits an ausgesprochenen Psychosen, so ist ihnen nur Anstaltsbehandlung nach psychiatrischen Grundsätzen zu empfehlen.

Fall A.

21jähriges Dienstmädchen. Aufnahme 22. Januar 1898.

I. Anamnese.

Der Vater der Patientin ist 44 Jahre alt, hat einen habitus phthisicus, ist aber bis auf eine geringe Nervosität gesund. Die Mutter ist 39 Jahre alt und gesund. Die Patientin hat drei lebende Geschwister im Alter von 19, 13 und 9 Jahren. Zwei Geschwister sind im Alter von 2 Jahren an Diphtheritis gestorben.

Als Kind war die Patientin sehr schwächlich und häufig recht matt. Sie kräftigte sich durch Stahlbäder. Auch hat sie an Ohrenfluss gelitten. Sie spielte viel und gern mit anderen Kindern. In der Schule ging es ihr gut, sie verliess dieselbe mit 14 Jahren.

Nachher verrichtete sie zuerst schweren Aufwartedienst bei guter Beköstigung, war dann $^3/_4$ Jahr bei einem Fleischer in Stellung und dann mit sogen. Glimmerarbeit überangestrengt beschäftigt, von 7 Uhr morgens bis 12 Uhr mittags und von 1 Uhr mittags bis 6 Uhr abends. Ausserdem hat die Patientin in dieser Periode oft noch bis spät nach Mitternacht gearbeitet,

um ihre in Schulden geratenen Eltern zu unterstützen. Ihr Wochenverdienst betrug in dieser Zeit 18 Mark.

Mit 19 Jahren war sie wegen Abspannung und Luftmangel in Kl.

Dann war sie $^3/_4$ Jahr in einem Geschäft, in dem sie aber schlechter bezahlt wurde als die Anderen. Sie gab diesen Posten wegen Blutarmut und Lungenkatarrh auf und brachte 13 Wochen im Krankenhaus zu, wo sie mit Kreosot-Kapseln behandelt wurde und an Körpergewicht 9,5 kg zunahm (38 kg bis 47,5 kg).

Hierauf war sie wieder 8 Wochen in Kl. Die schon vorher bestandenen Seitenstiche liessen aber nicht nach. Sie nahm dann im Sommer 1896 eine Stellung als Dienstmädchen an, war nachher zuhause und ging vom 1. Juli 1897 ab als Mädchen für Alles bei einem Arzt in Stellung. Sie war hier nicht übermässig angestrengt, wurde recht gut behandelt und beköstigt, musste jedoch fast ständig zuhause sein und kam sehr wenig mit anderen Menschen zusammen. Ihr Charakter war bisher immer lebhaft, gutmütig, aber sensibel.

Kurz vor Weihnachten 1897 wurde die Patientin durch einen Trauerbrief, der die Nachricht vom Selbstmord des Vaters einer Freundin enthielt, erschreckt. Sie bekundete grosse Teilnahme an dem Geschick der Familie. Am selben Tage fasste sie der Kommis eines Geschäfts um die Taille und sagte ihr was ins Ohr, was sie aber nicht verstand.

Sie empfand seitdem eine peinliche, innere Unruhe, war aufgeregt und schlief schlecht.

Am 24. Dezember nachts konnte sie es vor Angst nicht mehr aushalten; sie weckte den Hausherrn und bat ihn, sie nach Hause zu den Eltern zu bringen.

Sie war wie im Fieber, phantasierte von dem Kommis, glaubte, dieser würde sich erschiessen, und sie hätte etwas verbrochen und solle abgeholt werden. Sie wurde nach Hause gebracht. Hier schreckte sie bei jedem Geräusch auf; sowie es klingelte, fürchtete sie Abholung durch „Männer." Vor allen uniformierten Leuten hatte sie Angst.

Am 3. Januar wurde es wieder besser und die Patientin kehrte in ihre Stellung zurück. Sie verrichtete ihren Dienst bis zum 14. Januar 1898. Da wiederholten sich die Angstanfälle und sie ging wieder zu den Eltern, wo sie bis zur Aufnahme in die Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Leipzig war (am 22. 1. 98).

Sie erkannte, wenn die Angst vorüber war, die Grundlosigkeit derselben und hielt sich selbst für nervös. Einigemale sprach sie davon, dass sie sich vergiften müsse. Ob sie halluziniert hat, ist nicht erwiesen.

Die Menses waren stets unregelmässig.

II. Status praesens.

A. Allgemeiner Teil.

I. Konstitution:

Knochenbau: Grazil.
Muskulatur: Mangelhaft.
Fettpolster: Mangelhaft.

II. Gesicht:

Iris: Graublau, rechts: brauner, runder, nadelkopfgrosser Fleck.
Schleimhäute: Etwas blass.
Haar: Blond, etwas straff.
Ohren: Ohrläppchen angewachsen.

III. Haut:

Zart; Vorderarme und Hände bläulich verfärbt und kalt anzufühlen; die Hände sind feucht.

IV. Puls:

Regelmässig, kräftig, 84 p. m.

B. Spezieller Teil.

I. Nervensystem:

Pupillen: Sehr weit, aber gleich. Reaktion prompt.

Gehör: Gut, linkes Ohr läuft.

Facialis: Gleichmässig innervirt. Linker Mundwinkel steht ein klein wenig tiefer als der rechte?

Zunge: Weisslich belegt; sie wird gerade herausgestreckt, macht aber gröbere, wogende Zuckungen.

Reflexe: Patellarreflexe etwas gesteigert.

II. Digestionsapparat:

Stuhlgang: Meist regelmässig.

III. Respirationsapparat:

Bau des Thorax: Hals dünn und lang; Brustkorb etwas flach; Schulterblätter divergirend, abstehend.

Auskultation: Ueber der Spitze der rechten Lunge sind sehr vereinzelte, katarrhalische Geräusche zu hören.

IV. Zirkulationsapparat:

Herz: Ohne Besonderheiten.

III. Verlauf.

23. I.*) Die Patientin hat mangelhaft geschlafen. Zeitlich, persönlich und örtlich ist sie genau orientiert. Ihr Gesichtsausdruck ist ängstlich. Sie weint sehr leicht und ist sehr traurig darüber, dass sie wegen ihrer nervösen Aufgeregtheit

*) Die fettgedruckten Daten sind Tage an denen Lungenerscheinungen auftraten.

in die Nervenklinik gehen musste; sie fragt, wann sie entlassen werden wird.

Puls: Regelmässig, 84 p. m.

Menses: Bestehen noch; das Blut ist sehr dünn. Keine Ovarie.

24. I. Pat. ist sehr traurig; auf die Frage warum, sagt sie: „Ich habe mich über den Besuch meiner Eltern sehr gefreut; ich denke nur, meine Eltern denken was über mich. Sie „dachte früher, die Polizei würde sie wegen irgend eines Unrechtes holen.“

Puls: Regelmässig, 114 p. m.

Menses: Vorüber.

27. I. Pat. hat gut geschlafen; sie klagt, dass ihr das „Blut“ in die Ohren dringt.

31. I. Pat. klagt über Ischurie.

3. II. Pat. hat schlecht geschlafen (infolge Sturms); sie hat Praecordialangst: „Es pocht in ihr so, es hört gar nicht wieder auf.“ Sie glaubt immer noch, sie sei Schuld daran, dass Jemand etwas getan hat.

5. II. Pat. ist sehr traurig und zum Weinen geneigt. Obstipation; Schmerzen; sie will nach Hause, weil sie das Liegen nicht mehr aushalten kann. — Einlauf!

6. II. Pat. fühlt sich sehr wohl.

8. II. Pat. klagt über Kopfschmerzen.

10. II. Die Stimmung der Pat. ist traurig.

11. II. Pat. glaubt, Frl. L. wäre wegen ihrer äusseren Aehnlichkeit mit der Kaiserin (betresste Kleidung) angestellt, um die hineinkommenden Kranken auf ihren geistigen Gesundheitszustand zu prüfen: „Verwechseln dieselben Frl. L. mit der Kaiserin, so sind sie eben krank.“

13. II. Pat. hat Nachts mit Unterbrechungen geschlafen; sie hörte jeden Pfiff, es war ihr, als wenn ein Maschinenrad knarrte. Im Kopf ist der Pat. wohler, sie empfindet aber noch immer Druck in der Magengegend, als wenn Wasser drin wäre: „Ich freue mich so sehr darüber, dass mirs aus dem Kopf ist.“

14. II. Die Stimmung ist traurig; Kopfschmerzen. Der Leib ist überall bei etwas stärkerem Druck empfindlich.

15. II. Die Pat. macht sich selbst Vorwürfe und bittet die Aerzte um Verzeihung.

16. II. Pat. wachte in der Nacht auf und schlief nicht wieder ein. „Angst habe ich keine mehr, aber es ist mir immer so, als wenn meine Eltern und Geschwister im Gefängnis wären.“

24. II. Hypochondrische Stimmung. Sie weint, glaubt nicht mehr gesund zu werden. Die Nahrungsaufnahme ist gering. Menses.

5. III. Pat. ist im Ganzen heiterer und zufriedener. Doch wechselt die Stimmung noch häufig. Vorübergehend hat sie zahlreiche hypochondrisch-neurasthenische Beschwerden: Schmerzen im Leib, in den Schultern, in den Extremitäten, ist dann weinerlich. In den Zeiten des Wohlbefindens drängt sie sehr nach Hause.

26. III. Pat. zeigt ein launisches, oft querulierendes Wesen. Stundenweise ist sie munter, will nach Hause, arbeiten, verspricht dem Arzt alle Verordnungen (namentlich bezüglich des Essens!) zu befolgen, damit sie rasch gesund werde; dann ist sie wieder verstimmt, abweisend, verkriecht sich unter die Bettdecke, verweigert die Nahrung, ohne bestimmte Auskunft über ihre Motive zu geben. Nachts geht sie zuweilen im Zimmer umher, leugnet es, darüber zur Rede gestellt, sehr be-

leidigt ab; weigert sich Medizin (Ferrum) zu nehmen, „da es doch keinen Zweck habe.“

9. IV. Abends Temp. 38,4 °. Psychisch unverändert. Pat. klagt über Leibschmerzen. Es wird deutliche Dämpfung und strangförmige Resistenz in der Ileo-Coecalgegend konstatiert, neben starker Druckempfindlichkeit.

Therapie: Flüssige Diät. Eisblase auf den Leib. Bettruhe.

12. IV. Pat. ist fieberfrei. Lokalbefund unverändert, nur die Druckschmerzhaftigkeit ist geringer. Im übrigen Wohlbefinden. Schlaf ist gut.

22. IV. Die Leibschmerzen sind nur noch selten und gering. Die Dämpfung in der Ileo-Coecalgegend ist verkleinert und wenig intensiv. Die Resistenz ist nicht mehr deutlich. Das Benehmen ist mürrisch und abweisend. Sie drängt nach Hause und wolle arbeiten. Sie könne hier nicht mehr bezahlen. Sie wendet sich weg, wenn man mit ihr spricht. Sie spricht auch nicht mit anderen Patienten. — Pat. ist 2 Std. täglich ausser Bett. — Die Nahrungsaufnahme ist sehr gering. Dabei behauptet die Pat. stets, „genug“ zu essen. Oft versucht sie Speisereste zu verstecken, und behauptet dann, sie habe aufgegessen.

20. V. Der Zustand der Pat. ist unverändert. Sie drängt sehr nach Hause. Bald behauptet sie, sie sei gesund, dann wieder klagt sie über allerhand „herumziehende“ Schmerzen, und meint, es sei ihr doch nicht zu helfen. Widerspruchsvolles Benehmen. Bald weigert sie sich aufzustehen, dann will sie wieder plötzlich in den Garten und schimpft, dass sie keine Kleider bekomme. Schlaf gut. Nahrungsaufnahme gering. Perityphlitische Erscheinungen sind nicht mehr nachweisbar.

6. VI. Status idem. Die Patientin wird auf Antrag der Eltern entlassen.

II. Aufnahme am 8. August 1898.

Zu Hause war die Patientin auch sehr still und bald ganz unzugänglich. Die letzten 14 Tage ass und schlief sie äusserst wenig, hallucinierte viel und äusserte Wahnideen. Sie behauptete, mit der königlichen Familie in Verbindung zu stehen. Sie werde Präsident werden. Sie versuchte auch, sich aus dem Fenster hinauszustürzen.

8. VIII. Sie ist in ängstlicher Stimmung, geordnet, aber stark von Gehörshallucinationen gefesselt. Selbst während der Exploration lassen sie diese Stimmen nicht frei, sie schweigt plötzlich und hört angestrengt, was die Stimmen ihr sagen, das antwortet sie dann. So hört sie: Vertrau auf Gott und lass ihn walten; und danken täten sie, wenn sie es durchschaut hätten".

„Es sagt, ich soll es laut sagen". (Was die Stimmen sprechen.) Sie berichtet, eben habe es gesagt „Wenn ichs selber sagen tät, so würden sie mir danken, aber durchschaut hätten sie es noch nicht." — „Wahrheit ist es." — „Hier drunten soll ausgegraben werden." „Jetzt sähe sie Niemanden, aber vor 8 Tagen habe sie den König vor sich stehen sehen. Es „spräche ziemlich leise von der Wand her. Wer eigentlich rede, wisse sie nicht." Dann verwirren sich ihre Gedanken etwas. Sie wundert sich, hier zu sein und begreift die Situation nicht recht. Sie glaubt den Doktor gekränkt zu haben. Dann erzählt sie, „sie habe einmal geschrieben, um Schwester zu werden. Nun gebe es aber katholische und protestantische Schwestern und der kaiserliche Hof habe wohl einen anderen Glauben als die Diakonissen „und so bin ich nicht so gottanbetend; ich tue aber meine Gebete auch. „Seine Majestät, den König habe ich auch gesprochen."

Da die Patientin die Nacht viel jammerte trotz eines Op.-

Zäpfchen von 0,05 und 1,5 Trional bekam sie noch 0,015 Morph. subc. Heute bekam sie 3 Zäpfchen Opium à 0,05.

Sie jammert nicht mehr so, negiert auch Hallucinationen, hat aber Angstgefühle, glaubt ihren Eltern sei etwas auf dem Wege von hier nach Hause passiert. Sie hält die Oberin für die Kaiserin.

Ruhiger geworden, fühlt sie das Bedürfnis die Schuld Anderer auf sich zu nehmen. Sie fragt, „ob wir Niemanden hätten, der ins Gefängnis käme, für ihn wolle sie bitten."

13. VIII. Nahrungsaufnahme mangelhaft. Pat. ist heut weniger zugänglich. „Danken Sie Gott und seien Sie zufrieden, wenn Sie nicht das wissen, was ich weiss."

15. VIII. Pat. ist noch ruhiger geworden. Mit trauriger, unzufriedener Miene sitzt sie meistens im Bett und starrt vor sich hin. Sie bittet dringend nach Hause zu dürfen; sie sei jetzt gesünder. Ihren Eltern müsse etwas passiert sein. Die Hallucinationen sind geringer geworden. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind noch schlecht.

21. VIII. Pat. sagt: „Ich muss nach Hause; geben Sie mir meine Kleider; ich höre ganz deutlich meine Mutter rufen:" „Komm nach Hause!" „Sie muss krank sein."

1. IX. Derselbe Zustand. Pat. drängt sehr nach Hause.

5. IX. Pat. hat eine unzufriedene, ärgerliche Stimmung. Sie philosophiert in unzusammenhängender Weise über Armut und Gleichheit und tut sehr resigniert. „Auf Stimmen höre sie nicht mehr; aber sie müsse fort, zu Hause helfen." „Die grösseren Hoheiten werden mich schon rauslassen."

17. IX. Pat. verlangt jeden Tag ihre Kleider, „sie müsse fort. Sie sei nicht mehr krank. Was sie denn hier solle, hier wären überhaupt keine Aerzte."

20. IX. Sie zeigt immer dieselbe gereizte, unzufriedene Stimmung, drängt nach Hause und wird grob, wenn man ihr nicht beistimmt. Sie darf von 10—6 Uhr aufstehen, will aber dazu andere Kleider; sie schilt deshalb die Wärterinnen und sitzt die ganze Zeit missmutig im Hemd auf der Bettkante.

3. X. Pat. sagt in schwachsinniger, ärgerlicher Weise, „sie würde nur deshalb so schlecht behandelt, weil sie keine Geschenke gebe; hier ginge Schlimmes vor.“

20. X. Pat. ist ruhiger geworden, isst und schläft besser, gibt auch die Hand. Zu reden ist aber nicht mit ihr. Immer sagt sie nur: „Geben Sie mir meine Kleider und lassen Sie mich fort.“

30. X. Pat. ist immer in gehässiger Stimmung, weil sie nicht hinausgelassen wird. Sie hält sich für ganz gesund; dabei halluciniert sie noch und bildet auch Grund von Hallucinationen und Wahnideen. Diese äussert sie oft in mystischer, unverständlicher Weise. „Drei Wörter können Sie vom lieben Gott kriegen, wenn Sie an an ihn glauben; von dieser Nacht an weiss er, was er von hier zu halten hat; Schwarz ist richtig, lässt er mir sagen; ich kriege immer nur Namen genannt.“

9. XI. Pat. ist immer unwirsch, zankt oft laut. Sie hat vage Verfolgungsideen. Sie spricht viel „von einem Mann, mit dem etwas vorgekommen“; „sie habe ihn am Zeichen erkannt.“ „Schon vielmals sei sie in Chloroform gesenkt worden.“ „Hier werde sie ja auch immer umgebracht.“ „Ich bin eine Sächsin aus Dresden und der König wird mich schützen.“ — „Wenn wir uns einem Manne in die Hände geben, das kostet eine ganze Kompagnie Soldaten.“

13. XI. „Gehalten werde ich hier, immer gehalten, damit nichts an den Tag kommt. Beweisen Sie mir erst, dass das die Nervenklinik ist!“

20. XI. Patientin glaubt widerrechtlich eingesperrt zu sein. Sie höre, wie man hier zu ihr „Kaiserin“ sage, sie wolle aber die Kaiserin hier nicht vertreten. Hoheiten werden hier angegriffen. Ich habe deshalb Dr. L. abbefohlen. Wenn Sie mich noch lange hier behalten, wohl damit ich Pflegerin werde, da werden Sie sehen, was passiert. Ich habe hohe Beschützer.“

Sie hustet in der letzten Zeit viel, wehrt sich aber heftig, wenn man sie untersuchen will.

26. XI. Pat. ist andauernd zornig verstimmt. Sie äussert eine Unmasse z. T. anscheinend sinn- und zusammenhangsloser Wahnideen. „Mit dem ewigen Anheben. Der Mann hat das Recht. Gefängnis und keine Nervenklinik. Die im Battenberg macht ihre Faxen im Wasser und andere müssen es büssen. Ich halte junge Mädchen in schrecklicher Weise auf dem Laufe etc. und unzählige andere in schnellem Wechsel. Massenhaft Verkennungen und Missdeutungen fast sämtlicher Personen ihrer Umgebung. Sie schimpft sich oft stundenlang mit ihren Halluzinationen herum. Obwohl sehr matt, steht sie doch oft auf. Sie isst sehr wenig. Es ist Sublimat darin etc. Verweigert jede körperliche Untersuchung.

3. XII. Psychisch matter, sonst unverändert, selten zugänglicher, entschuldigt sich sogar mit ihren Schmerzen für ihr Benehmen.

Starker Temperaturanstieg.

Pat. klagt über rechtsseitige pleuritische Schmerzen.

Leichte Schallverkürzung rechts hinten unten.

Kein Reiben.

Links vorn oben supraclaviculär dichte Dämpfung und verschärftes Atmen.

Rechts infraclaviculär zahlreiche, feuchte Rasselgeräusche.

9. XII. Sehr viel Husten und Auswurf. Die Patientin ist

zum Einnehmen nicht, zum Essen kaum zu bewegen. Psychisch völlig unverändert.

Klagt oft über Atemnot. Sie liegt meist auf der linken Seite.

Links vorn oben Dämpfung bis zur zweiten Rippe, hinten oben bis zur dritten Rippe. Verschärftes, fast bronchiales Atmungsgeräusch über dieser Partie.

Links hinten unten leichte Schallverkürzung.

Rechts vorn oben sehr heller Schall und Rasselgeräusche.

Rechts hinten unten leicht tympanitischer Schall, stellenweise lautes bronchiales Atmen und Rasselgeräusche.

Im Sputum sind keine Tuberkelbazillen nachzuweisen.

10. XII. Andauernd hohe Temperatur. Sehr matte Atmung; links stärker als rechts.

Rechts hinten unten tympanitische Dämpfung mit verstärktem Pectoralfremitus.

12. XII. Patientin war nachts sehr matt und verwirrt. Sie legte sich zu anderen Patientinnen ins Bett. Sie hätte geglaubt, es sei ihre Mutter, nachher kam es ihr vor, als sei es ein Mann, da habe sie sich geschämt.

16. XII. Ausgesprochen hektisches Fieber.

Links hinten und besonders in der Axillargegend laut tympanitischer Schall. Amphorisches Atmen und metallisch klingende Rasselgeräusche.

Sehr deprimiert, reizbar. Weint, verlangt nach ihrer Mutter. Deren Besuch verarbeitet sie sogleich wahnhaft. Bildet überhaupt fortwährend Beeinträchtigungsideen und hält an den alten fest. „Sie wird vergiftet, man will sie hier festhalten, damit sie Pflegerin werde etc. Sie halluziniert viel. Sie wird nach der Baracke verlegt.

20. XII. Andauernd febrile Temperatur.

Patientin ist zuweilen sehr erregt, verlangt bessere Kost und giesst die Suppe zur Erde. Sie verkennt die Personen ihrer Umgebung. „Sie sind kein Arzt, Sie sind der Herzog von Mecklenburg.“ „Ich bin auch am Hofe gewesen und von gutem Herkommen.“ Milch zu trinken weigert sich Patientin aufs entschiedenste. „Sie wollen mich vergiften.“

Auswurf sehr zäh.

30. XII. Patientin ist ruhiger, verlangt besseres Essen und telegraphiert zu diesem Zweck an den Kaiser. Sie giesst in plötzlicher Erregung den Kakao in die Stube. Sie spricht viel von der Frau Kaiserin und anderen hohen Personen.

3. I. 99. Patientin glaubt immer noch, im Essen sei Sublimat und Antipyrin. Trotz grosser Schwäche schimpft sie lebhaft über zu schlechte Beköstigung.

10. I. Patientin isst wieder mehr und ist ruhiger. Sie verlangt jetzt nach Hause, erkennt ihre Umgebung.

17. I. Links hinten lautes bronchiales Atmen.

Rechts hinten amphorisches Atmen.

Patientin ist zuweilen sehr erregt, schlägt den Wärterinnen das Essen aus der Hand, wenn es ihr nicht gut genug ist, sie befiehlt gebieterisch, es müssten Aenderungen wegen ihrer hohen Herkunft getroffen werden.

25. I. Patientin setzt in schwachsinniger Weise ihre Verwandtschaft mit dem Kaiser auseinander. Sie macht auf Grund dieser Vorstellungen eine Menge Ansprüche und wird sehr grob, wenn ihr dieselben nicht erfüllt werden.

31. I. Patientin ist ruhiger geworden. Sie isst reichlicher. Sie hat 0,5 kg in 14 Tagen zugenommen.

Geringer Auswurf.

Sie äussert sich jetzt klar über ihren Aufenthalt hier und ihre Person.

15. II. Im Sputum werden zahlreiche Tuberkelbazillen nachgewiesen. Patientin isst gut.

Sie hustet viel.

26. II. Nahrungsaufnahme ist gut. Patientin verhält sich meist ruhig, apathisch. Sie setzt auf Befragen ausführlich ihre Verwandtschaft mit dem Kaiser auseinander.

8. III. Patientin ist zuweilen sehr dyspnoïsch und apathisch. Schlaf nachts nur mit Morphium zu erreichen.

20. III. Patientin erklärt ihre Atembeschwerden damit, dass Jemand in sie hinein „sich verschlagen" hätte.

25. III. Profuse Diarrhoëen. Viel Auswurf mit Blut vermischt. Patientin ist sehr abgemagert.

6. IV. Dyspnoë nimmt zu. Exitus letalis.

Fall B.

24jähriger stud. phil. et theol.

Aufnahme 14. Januar 1884.

I. Anamnese.

Hereditär liegt nichts vor. Der Patient ist in der Schule immer etwas zurückgeblieben. Als Abiturient war er vor einigen Jahren bereits 8 Tage lang „aufgeregt", blieb aber damals im elterlichen Hause. Auf der Universität in X. lernte er eine Pastorstochter kennen, mit welcher er im Geheimen verlobt ist. Der Patient war in den Weihnachtsferien zu Hause. Die Angehörigen haben keine Zeichen psychischer Störung an ihm wahrgenommen, als er nach der Universität abreiste.

Am 12. Jan. ist er von X. nach Leipzig gefahren. Seinen Freunden fiel bei der Abreise sein etwas aufgeregtes Wesen auf. Der Zweck seiner Reise war, wie er sagte, „sich seiner Braut würdig zu zeigen", d. h. um sich die „Fakultäten Deutschlands" anzusehen und sich weiter auszubilden. Den Geldpunkt hat er dabei ganz aus den Augen gelassen. In Leipzig musste er seine Uhr versetzen, um Unterkunft zu finden. Am 13. Jan., also anderen Tags ist er dann nach Hotel Z. hier gegangen und hat dort getafelt und Wein getrunken, nachher sich aber sehr gewundert, als man von ihm Geld verlangte. Er sandte jetzt, soweit sein Geld langte, nach allen Himmelsrichtungen hin Depeschen, in denen er teils um Geld bat (um grosse Summen), teils mitteilte, dass es ihm sehr gut gehe und dass er zunächst nach Berlin reisen wolle.

II. Status praesens.

Der Patient ist mittelgross, kräftig gebaut, ziemlich gut ernährt, aber etwas anämisch. Temp. normal. Puls wenig beschleunigt. Am Unterkieferrande links eine ziemlich verheilte Zahnfistel. Keine Degenerationszeichen. Weitere Untersuchung lässt der aufgeregte Kranke nicht zu.

Respirationsapparat. Patient hustet und hat viel Auswurf.

Der Patient findet gar nichts darin, dass er hier in der Anstalt bleiben soll, er fühlt selbst, dass er krank ist. Er hat ein sehr gehobenes Selbstgefühl, bewegt sich und spricht sehr viel. Seine Stimmung wechselt dabei öfters unmotiviert.

Das Bewusstsein ist erhalten. Er benimmt sich äusserlich korrekt. Es tauchen zahlreiche Wahnvorstellungen in dem Kranken in buntem Wechsel und in schneller Aufeinanderfolge auf, ohne dass der Vorstellungsverlauf sehr abspringend erscheint. Halluzinationen sind nicht nachzuweisen. Es fällt

eine beträchtliche, motorische Erregung an dem Kranken auf. Er äussert sodann Wahnideen ziemlich stabiler Natur:

„Seit einiger Zeit, seitdem er sich in eine Pastorstochter in der Umgegend von H. verliebt habe, fühlt er sich wie umgewandelt und viel leistungsfähiger. Er gedenkt in Kürze sein Examen glänzend zu bestehen und eine gute Stelle als Pastor kann ihm nicht fehlen. Er will dann heiraten und macht glänzende Projekte für die Zukunft. Sein dadurch gehobenes Selbst- und Ehrgefühl ist nun von vielen Leuten angegriffen worden; man erkennt seine Talente und Fähigkeiten nicht an, man hat seine Braut verdächtigt usw."

Jetzt hat er sich auf die Reise begeben, um sich die theologischen Fakultäten von Deutschland anzusehen und sich selbst zu vervollkommnen.

III. Verlauf.

Zunächst etwas ruhiger. Abends stärkere Aufregung. — Nasse Einpackung.

15. I. Nachts nach 2,0 Chloral kein Schlaf. Stärkere Aufregung tagsüber.

16. I. Sehr wenig Schlaf, trotz eines prolongierten warmen Bades und 2,0 Chloral.

Nasse Einpackung früh und auch nachmittags. Darauf 2,0 Morphium-Chloral.

Abends ein Senffussbad und 1,0 Morphium-Chloral. Danach zunächst guter Schlaf.

17. I. Morgens Collaps, der trotz aller Gegenmittel (Subcutane Injektion, Faradisation) in den Exitus letalis übergeht.

Sektionsbefund:

Das Schädeldach ist sehr dick und äusserst blutreich, dunkel. Starke Hyperämie der Hirnsubstanz und ihrer sämt-

lichen Bedeckungen. Die Gefässe der Dura sind mit reichlichen, schwarzroten, zumeist flüssigen Blutmassen erfüllt. Dasselbe gilt von den weichen Hirnhäuten. Letztere sind allenthalben an der Basis und Convexität diffus verdickt, milchig weiss. Am stärksten macht sich dies an beiden Frontallappen bemerkbar. Parietalhirn sammt den unteren $^2/_3$ der Zentralwindungen weisen den Prozess in geringerem Grade auf. Die Meningen an beiden Fossae Sylvii sind infolge des Prozesses stark aneinander gedrängt. Nerven und Gefässe an der Basis sind ohne Besonderheiten. Die Gehirnfurchen sind stark ausgeprägt. Tiefe, vielgestaltige Einbuchtungen von Seiten der Pacchionischen Granulationen. Die Hirnsubstanz ist relativ weich, die Rinde hebt sich deutlich gegenüber der eingesunkenen Markmasse ab. Sie ist dunkler und consistenter als letztere, welche jedoch von den zahlreichsten Blutpunkten allenthalben durchsetzt ist. In beiden Hinterhörnern eine Spur trübweiser Flüssigkeit. Die übrige Hirnsubstanz mit medulla oblongata und Brücke zeigte dasselbe Verhalten.

Lungen:

Rechte Lunge: Im Oberlappen sehr ausgeprägte tuberkulöse Infiltration. Im Unterlappen eine grosse Caverne.

Linke Lunge: In der Spitze eine kleine Caverne.

Larynx:

An der Basis beider wahren Stimmbänder finden sich in Vernarbung begriffene tuberkulöse Geschwüre.

Darm:

Tuberkulöse Geschwüre, die zum Teil in Vernarbung begriffen sind; am stärksten vorhanden im Colon ascendens und transversum.

Keine Syphilis!

Diagnose:

Diffuse chronische Leptomeningitis, am stärksten am Frontalhirn beiderseits.

Gehirnoedem.

Starke Hyperämie der Hirnsubstanz und ihrer sämtlichen Bedeckungen. Relativ geringe tuberkulöse Lungenphthise.

Fall C.

26jähriges Fräulein.

Aufnahme am 1. Februar 1904.

Anamnese.

Der Grossvater mütterlicherseits, sowie ein Bruder der Kranken sind an Lungenschwindsucht gestorben. Der Grossvater väterlicherseits, sowie ein Bruder des Vaters sollen Suicid verübt haben. Ein Vetter von Vaters Seite und einer mütterlicherseits waren geisteskrank.

Die Mutter der Patientin macht einen recht nervösen Eindruck. Eine Cousine der Patientin war vorübergehend aufgeregt.

Als Kind etwas zerstreut, leicht erregbar, konnte schwer lange still sitzen. Daher trotz guter Intelligenz nur mittelmässige Schulleistungen. Später eigensinnig und schwer zu leiten. Sonst heiter. Etwas leidenschaftlich, vielleicht auch sinnlich. Sie beging keinerlei Ausschweifungen, hatte aber Vorliebe für Alcoholica. Von Kindheit auf litt die Patientin oft an Nasenbluten; nach Beizungen des Septums liess dieses nach, trat aber hin und wieder, besonders in letzter Zeit, stärker hervor. Der Eintritt der Menses und diese selbst ver-

liefen früher stets ohne Störung des Allgemeinbefindens, zuletzt aber nicht mehr, einmal setzten sie fast ganz aus. Sonst war die Patientin stets gesund. Sie ist in guten Verhältnissen aufgewachsen. Die Patientin ist mit einem Jugendbekannten seit ca. 5 Jahren öffentlich verlobt, heimlich noch länger. Seit der öffentlichen Verlobung ist sie zunehmend reizbarer geworden. Sie beschäftigte sich auch nachher weniger. Sie hatte keine Ruhe, lief viel im Walde spazieren. Es war schwer mit ihr auszukommen. Sie fuhr ihre Umgebung stets sehr an und war besonders ungezogen gegen die Mutter und Geschwister. Allmählich trat dieses eigentümliche Benehmen immer mehr hervor.

Im Sommer 1903 lernte sie einen anderen Herrn kennen. Seitdem behauptete sie, dieser Herr habe sie ins Unglück gestürzt; dabei hatte nie irgendwie naher Verkehr mit ihm bestanden, sie war nur in geselligen Kreisen mit ihm zusammengetroffen. Sie überwarf sich mit ihrem Bräutigam und wollte immer die Hochzeit aufschieben. Sie erklärte ihm, sie würde ihn damit betrügen, die Verlobung wollte sie aber auch nicht lösen. Auch von ihrer Aussteuer wollte sie nichts wissen, sie schalt auf das Fertiggestellte uud tat nichts mehr dafür. Gegen Winter wurde sie immer aufgeregter, so dass sie im Januar nach einem Sanatorium gebracht werden musste, in dem sie 4 Wochen verblieb, ohne dass eine Besserung in ihrem Zustand eintrat. Sie sprach davon, sie wolle sich etwas antun.

Status praesens.

I. Konstitution:

Haut: Etwas blass, pigmentiert; Neigung zum Schwitzen; einzelne Akneknötchen.

II. Kopf:

Gesicht: Blass.

Zunge: Ganz leicht weisslich belegt.

III. Hals:

Thyreoidea: Etwas vergrössert.

IV. Brust:

Herz: Die Dämpfung überragt nach rechts etwas den linken Sternalrand. Die Herztöne sind dumpf, aber rein. Die Frequenz derselben ist ungemein labil.

Lungen: Ohne Besonderheiten.

Puls: Weich, von mittlerer Füllung und Spannung, aber labil.

Arterien: Weich, nicht geschlängelt.

V. Bauch:

Weich, nicht aufgetrieben.

Linkes Hypogastrium und die rechte Inguinalgegend sind auf Druck schmerzhaft.

Stuhlgang: Angehalten.

VI. Nervensystem:

Pupillen: Mittelweit, gleich, von guter Reaktion.

VII. Motilität:

Zunge: Weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts ab und zittert ein wenig.

VIII. Reflexe:

Patellar-R: Beiderseits lebhaft. Andeutung von Patellarklonus.

Achillessehnen R: Lebhaft.

Anconaeussehnen R: Lebhaft.

Bindehaut R: Schwach.

Vasomotorische Reflexerregbarkeit: Lebhaft.

Die Patientin klagt noch über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Der Appetit ist gut.

Die Patientin ist bei der Aufnahme ziemlich erregt; sie

weint und will die Mutter nicht fortlassen. Sie erzählt konform den Angaben der Mutter über ihre Krankheit. Sie habe sich so viel Gedanken gemacht, dass sie ihren Bräutigam nicht mehr liebe, ihm untreu gewesen sei etc. In dem Sanatorium, wo sie war, habe sie auch so viel geredet, und es sei dann über sie und ihre Eltern geklatscht worden. Sie spricht vor vielen Gedanken gar nicht mehr. Aeusserlich ist sie vollkommen orientiert. Sie verlangt jetzt durchaus nach ihrem Bräutigam, während sie eben vorher gerade sehr abgeneigt von ihm geredet hatte. Sie ist misstrauisch, glaubt sich auch hier immer von den Pflegerinnen belauscht. „Es wäre vielleicht schon hier über sie gesprochen worden. Man denke vielleicht Schlechtes von ihr."

III. Verlauf.

2. II. Pat. hat trotz 1,5 Trional nur wenig geschlafen. Sie weint viel, beruhigte sich aber nach Besuch ihrer Mutter, jammerte aber doch dann zeitweise wieder.

4. II. Die Patientin hat Kopfschmerzen und ist mit allem unzufrieden. „Es ist zu laut." „Sie redet nicht lange genug." „Man gibt ihr anderes Essen, andere Milch als früher." Sie verlangt stürmisch ihren Bräutigam zu sehen. Zeitweise weint sie recht laut.

8. II. Der Schlaf ist noch immer trotz Mitteln mangelhaft. Die Patientin hat wieder alle möglichen Klagen und jammert recht laut.

15. II. Die Patientin ist zeitweise ganz abweisend. Sie isst sehr schlecht und jammert in schwachsinniger Weise über ihre Schlechtigkeit: „Sie habe so viel kokettiert etc."

27. II. Die Pat. ist misstrauisch. Sie findet alles sonderbar. „Alles ist anders, als sie es sieht." „Die Pflegerin ist

nicht, was und wie sie sagt.“ „Man wolle sie nur ver albern etc.“

27. II. Der Zustand ist unverändert. Bei der ersten Erwähnung ihres Vaters oder Bräutigams weint die Patientin laut los und wird bei Zureden sehr aufgeregt. „Es könne bei ihr nicht anders werden.“ „Niemand könne sie verstehen; es sei bei ihr alles anders, sie werde nie wieder gesund.“

3. III. Die Patientin hat 1,5 kg abgenommen. Sie isst sehr mangelhaft. Schlaf ist nur mit Medikamenten (0,5 Veronal etc.) zu erreichen. Sonst fühlt sie sich schlechter.

6. III. Die Patientin trank, nachdem sie schon die letzten Tage recht aufgeregt war, aus einer Flasche ca. 50,0 g Eau de Cologne. Nachher ganz abweisend. Sie schläft zeitweilig viel, hat Uebelkeit. Sie jammert und sagt, sie habe es aus Kummer getan, sie wolle nur noch einmal ihr „Liebel.“ „ihre Eltern“ sehen etc.

10. III. Seit 3 Tagen Menses. Die Patientin ist ganz abweisend. Zeitweise ruhiger, dann jammert sie und drängt nach Hause.

17. III. Sie jammert wieder; erzählt, „sie habe sich schon öfters am Puls gekratzt, weil sie sterben wolle. Man habe gewiss etwas ganz Schlechtes von ihr gedacht.“ Sie verlangt stürmisch vom Arzt, er solle sie sogleich untersuchen.

19. III. Sie verlangt wieder ganz erregt durchaus eine Untersuchung; sie habe nichts so Schlechtes gemacht. Sie jammert in ihrer konfusen Weise über Verhältnisse, die sie selbst nicht recht zusammenbringt. Sie weint lebhaft. „Niemand verstehe sie.“ Nahrungsaufnahme ganz mangelhaft.

24. III. Patientin schrie, als sie auf war, plötzlich ganz laut auf: „Sie habe sich im Unterleib verändert, sie habe ge-

fühlt, wie etwas zerriss und wie alles herausrutschte.“ Bei der Widerlegung wird sie ganz erregt. Sie lacht höhnisch unter Weinen. Sie jammert, dass man ihr das angetan. „Nun soll ich mir's wieder blos einbilden etc.“

25. III. Patientin ist Morgens sehr laut und schreit: „Seien Sie nicht so unmenschlich; die Rippen sind mir heute Nacht eingebrochen; das Herz ist abgestorben.“ Sie will, „ehe sie stirbt,“ nur noch einmal ihr „Glückle“ sehen etc.

18. IV. Patientin äusserte heute wieder, „es scheine mit ihren Rippen wieder so anzufangen.“ Sonst in letzter Zeit im Ganzen ruhiger.

Die Patientin wird auf Wunsch der Mutter entlassen.

II. Aufnahme 14. April 1904.

Schon gleich nach der Entlassung, noch auf der Bahn, war die Patientin sehr erregt und jammerte, „das sei ihr Unglück, dass sie in dieser elenden Klinik gewesen sei“; „alle müssten sterben.“ Auch zu Hause jammerte sie stets: „Alle würden verhaftet, verbrannt werden.“ Sie war dabei klar und merkte die kleinsten Veränderungen zu Hause. Sie sagte auch dort, „man habe ihr die Rippen gebrochen, das Herz herausgenommen und wieder eingesetzt.“ Sie liess sich nur herbringen durch die Vorspiegelung, sie solle nach Z. zu ihrem Bräutigam fahren.

14. IV. Bei der Aufnahme ist die Patientin sehr erregt, sie jammert laut und will die Mutter nicht fortlassen. „Man soll doch den Eltern und Geschwistern nichts tun.“ „Sie wisse ja ganz genau, was hier geschehen werde.“ „Die Klinik müsse ja glauben, dass hier eine Patientin betrogen worden sei.“ „Sie sei ganz gesund etc. etc.“

Sie lässt sich dann leidlich ruhig in das Bad und ins Bett bringen.

15. IV. Die Patientin droht geradezu mit Selbstmord; sie versucht auch heute sich in die Arme zu beissen an beiden Ellenbogen.

Trotz äusserer Orientierung ermangelt sie doch jedes Verständnisses für ihre Umgebung. Sie erzählt immer wieder, „dass sie doch eigentlich nicht hierher, sondern nach Z. hätte reisen wollen etc.“

30. IV. Die Patientin ist sehr erregt, jammert und weint den ganzen Tag. Sie wisse alles, sie sei gar nicht am rechten Flecke. Sie knüpft allerlei schwachsinnige Betrachtungen daran, dass der Geheim-Rat an der Universität sei; da sei sie in die falsche Anstalt gegangen. Sie kratzt sich wiederholt an den Armen blutig.

5. V. Patientin ist dauernd sehr unruhig, sie weint laut und macht wiederholt energische Suicidversuche; sie will sich mit einer Scherbe die Adern aufschneiden, sucht sich zu erwürgen. Sie äussert Angst, man werde sie auf eine einsame Insel verbringen etc.

9. V. Patientin schreibt gelegentlich etwas geordnetere Briefe nach Haus. Sie isst etwas mehr und mit den anderen Kranken im Saal zusammen. Sie beschäftigt sich und ist dann ruhiger, sonst aber hat sie von Zeit zu Zeit immer wieder lebhafte Erregungsausbrüche.

14. V. Die Patientin hat in den letzten Tagen wiederholt an Schränken etc. Beschlagstücke abgemacht, Nadeln und Scherben zu sich genommen; „sie wolle sich damit umbringen, die Adern aufschlitzen etc.“ Sie behauptet, seit gestern eine Metallplatte von einem Schloss verschluckt zu haben und klagt über Leibschmerzen. Objektiv nihil. Temp. 36,4, Puls 80.

22. V. Patientin ist jetzt wieder etwas ruhiger, öfters weint und jammert sie, „sie habe so furchtbare Sehnsucht nach

den Ihrigen.“ Sie zerbricht gelegentlich einen Teller; sie hat aber jetzt dabei Selbstbeschädigungsversuche nicht gemacht. Sie erweist sich Zuspruch zugänglich.

29. V. Patientin ist in hohem Grade aufgeregt, wenn sie auch ruhige Tage und Stunden hat. Sie meint, dass ihr Vater ins Zuchthaus komme, weil sie doch anfänglich nicht „so krank“ gewesen sei etc.

10. VI. Patientin ist meist sehr aufgeregt. Sie weint, weil sie so grosse Sehnsucht nach Hause habe. Sie macht sich auch Selbstvorwürfe, sie sei gar nicht krank, habe das aber früher geglaubt, deshalb sei sie jetzt zur Strafe hier.

23. VI. Wegen mangelhaften Appetits und Erbrechen wird das Opium ausgesetzt. Seitdem besserer Appetit und eher ruhiger wie vorher.

30. VI. Pat. ist stets in ganz verzweifelter Stimmung. Sie fürchtet stets für sich und die Eltern das Schlimmste. Sie hat Heimweh höchsten Grades. Oefters Nasenbluten. Die Nahrungsaufnahme ist sehr mangelhaft. Der Schlaf ist mit 1,5 Chloralhydrat bezw. Trional leidlich.

3. VIII. Pat. äussert beständig Suicidideen. „Sie müsse sich umbringen; sie sei so verzweifelt, dass ihr nichts anders zu tun übrig bleibe.“ Sie hat auch wieder einen Strangulationsversuch gemacht.

9. VII. Sie macht wiederholt Strangulationsversuche. Sie findet täglich irgend welche neuen beängstigenden Beziehungen heraus. „Bei der Abreise seien 2 Packete im Wartezimmer gewesen, das eine hätten sie zurückgelassen, weil es angeblich nicht ihnen gehörte, vielleicht sei gerade da etwas zur Strafe für sie darin gewesen.“ „Bei der Herfahrt hätten 2 Droschken dagestanden; gewiss seien sie in die falsche gestiegen und nur

daher sei alles Unglück gekommen". Sie weint gelegentlich ganz laut.

12. VII. Seit gestern Menses. Mehrfach heftiges Nasenbluten.

16. VII. Pat. weint oft laut, kommt wieder mit allerlei ganz unsinnigen, wahnhaften Annahmen, wie sie falsch hierher gekommen sei etc.

Kongestionen; Gesichtsvenen sehr deutlich vortretend. Nasenbluten nach Weinausbrüchen.

17. VII. Pat. ist ganz ausserordentlich aufgeregt; sie bedroht die Pflegerinnen; will Scheiben einschlagen; sie halte es vor Sehnsucht nicht mehr aus. Sie sei so einsam, allein auf der Welt, wenn sie nun alle getrennt würden etc. Auch nach 1,0 Veronal kaum ruhiger. Sie zerschlägt plötzlich einen Teller und bringt sich mit dem Bruchstück einige oberflächliche Schrammen in der linken Ellenbeuge bei.

26. VII. Andauernde Erregung; Pat. jammert, sie halte es nicht mehr vor Sehnsucht aus, gewiss seien alle zu Haus von einander getrennt. Sie steigt abends plötzlich auf die Bettwand und versucht, sich an einer Türangel zu erhängen.

28. VII. Pat. ist in der Einpackung und auch so gelegentlich stundenweise ruhiger, muss dann wieder zeitweilig mit Extrawache isolirt werden.

30. VII. Pat. macht fast täglich Suicidversuche, so dass auch Nachts zeitweise Extrawache nötig wird.

1. VIII. Abends Temp. 38,2° Puls 90. Mit Opium wird die Pat. ruhiger und jammert weniger. Der Appetit ist sehr mangelhaft. Das Körpergewicht ist konstant geblieben 50 kg.

Pulmones ohne Besonderheiten. Cor ebenfalls.

Rachenschleimhaut normal.

Es besteht Obstipation.

Die Pat. gibt an zeitweise Schmerzen rechts im Leibe gehabt zu haben.

15. VIII. Andauernde Aufregung. Pat. ist sehr heruntergekommen. Nahrungsaufnahme mässig. Oefters Erbrechen. Puls recht schwach. Opium ausgesetzt. Bettruhe.

2. IX. Seit gestern wiederholte Besuche der Eltern. Dabei weint und schreit sie ganz laut, sie müsse nach Hause. Sie produziert aber auch allerlei ängstlich gefärbte Wahnideen dass sie nicht etwa falsch gefahren, irgend etwas versehen und verwechselt sei etc.

4. IX. Menses.

Pat. klagt nun wieder, sie müsse Blut ausspucken und hustet jetzt öfters leicht auf.

5. IX. Pat. hustet, hat wieder etwas Blut ausgespuckt; es sieht dunkelrot aus und ist nicht schaumig.

Sie jammert sehr laut und drängt nach Hause.

7. IX. Deutlich geballtes Sputum mit reichlichem, schaumigem Blut. Wiederholte Untersuchung der Lungen ergibt höchstens über der linken Spitze etwas Schallverkürzung und sakkadiertes, sehr weiches Atmen. Im Auswurf werden keine Tuberkelbazillen gefunden.

Pat. wird nach Haus entlassen.

Verlauf in K.

13. IX. 1894. Pat. weint bei der Aufnahme laut und will sich nicht von ihrer Mutter trennen. Auf Zureden geht sie schliesslich doch mit auf die Abteilung, lässt sich verhältnismässig ruhig baden und zu Bett bringen. Sie weint und schreit gegen Abend laut und verlangt nach Hause, nach ihren Eltern.

14. IX. Sie hat die ganze Nacht geweint und geschrieen. Gegen Morgen heftiges Nasenbluten. Auf ernstes Zureden ist

sie ganz gut zu fixieren, gibt dann richtige Auskunft über die Verhältnisse. Meistens verlangt sie nach ihren Eltern, nach ihrem Bruder usw. Sie ruft aber auch öfters: „Ich habe doch nichts Böses getan, Gott warum hast Du mich so verlassen!“

16. IX. Jammert immer noch weiter, ist ganz heiser geworden. Sie beschuldigt sich heute in ihren Reden öfter selbst, sie habe ihren Bräutigam nicht lieb gehabt, sie sei gestern in Gegenwart des Arztes im Hemd herumgelaufen (!) usw.

19. IX. Mitten in ihren Klagen lacht sie plötzlich über einen harmlosen Scherz, klagt aber dann sofort weiter, sagt es sei ihr bestimmt, bald zu sterben.

23. IX. Pat. ist heute bedeutend ruhiger, schreibt einen Brief voller Sehnsucht nach Hause, verspricht darin, sie wolle ganz artig sein, sie wolle sich als Fabrikarbeiterin ihr Brod verdienen, wenn man sie nach Hause lasse und ähnliches.

Herzdämpfung normal, Herztöne rein. An den Lungenspitzen nichts Pathologisches nachweisbar. Lungengrenzen gut verschieblich.

Direkte und synergische Lichtreaktion prompt und ausgiebig, ebenso Konvergensreaktion.

28. IX. Zustand dauernd unverändert. Pat. wälzt sich zeitweise weinend und schreiend auf dem Boden. Sie sagt: „Sie müsse sterben, man solle ihre Eltern vorher noch einmal rufen.“ Auf Befragen, warum sie so schreie, gibt sie an, „Seelenschmerz“ zu haben. An was sie denn sterben wolle? „An gebrochenem Herzen, vor grossem Kummer“. Auf Befragen über den Grund zu ihrer Traurigkeit, beginnt sie mit weitschweifigen Erzählungen, kommt aber zu keinem Schluss

Kniephänomene usw. normal.

I. X. Sehr misstrauisch; sie weiss nicht, ob das hier wirklich Aerzte sind; sie glaubt, der Arzt sei Jurist, er wolle sie ausforschen. In den Dauerbädern sitzt sie ruhig, jammert aber laut.

4. X. Pat. zerbricht beim Frühstück einen Teller und versucht sich mit den Scherben die Pulsadern aufzuschneiden und bringt sich auch eine kleine Wunde am l. Unterarm bei. Sie droht des öfteren, sie wolle nicht mehr essen, isst aber trotzdem regelmässig.

10. X. Sie klagt und weint fortgesetzt laut.

16. X. Sie ist jetzt etwas ruhiger.

20. X. Pat. schläft Nachts ohne Veronal und besorgt sich selbst. Die Nahrungsaufnahme ist ungenügend. Sie liegt meistens ruhig im Bett, beginnt jedoch sofort zu jammern, so wie man sie anspricht.

1. XI. Die Nahrungsaufnahme ist jetzt weniger gut. Pat. hat auch an Körpergewicht abgenommen. Sie äussert heute, sie sei am Ende schon einmal gestorben gewesen, daher stamme ihr Kummer. Bis jetzt keine Mensos.

11. XI. Abends nach dem Bade schreit sie plötzlich laut auf, liegt mit stierem Blick zu Bett und schlägt mit den Armen um sich. Sie sagt in getragenem Tone: „Und es ist alles so kalt, und es flimmert mir alles so vor den Augen, und ich muss immer mit den Armen so machen.“ Sie sagt ausserdem, „es sei alles so sonderbar und verändert, das seien ja alles andere Leute der Arzt habe ein ganz verändertes Gesicht.“ „Sie sehe auch viele Köpfe sich vor ihrem Gesichte hin und her bewegen.“ „Alle Glieder seien ihr ganz steif.“ Sie klagt immer wieder stereotyp: „Und es flimmert mir so vor den Augen.“ Pupillen reagieren.

Haut blass mit Schweiss bedeckt. Temp. 38,5. Sie schläft auf Morph. subc.

12. XI. Pat. ist heute beruhigt, hat aber weiter hohes Fieber. Sie gibt an, „es sei ihr gestern schon im Bade kalt gewesen, auch habe sie sich dann nicht richtig abgetrocknet. Im Bett habe sie weiter sehr gefroren und ihre Zunge sei so komisch gewesen, die habe sich immer bewegt, ohne dass sie es gewollt habe, auch sei es ihr überhaupt gewesen, als ob ihr ganzer Körper sich hebe oder sänke und als ob sie eine andere Nase habe. Es flackerte und flimmerte ihr vor den Augen und es war ihr, als ob ihre Eltern an ihrem Bette ständen. Mit den Armen habe sie unwillkürlich um sich geschlagen, sie habe die Bewegungen verhindern wollen, es sei aber nicht möglich gewesen."

Rechts unterhalb der Clavicula deutliche Dämpfung, Rasselgeräusche deutlich hörbar. Sputum nicht erhältich. Kein Husten.

14. XI. Pat. klagt über Stechen in der Brust. Psychisch unverändert. Febris intermittens Thiocol 3 × tgl.

18. XI. Die Dämpfung nimmt etwa zu.

Die Pat. verfällt mehr und mehr.

Die Kranke ist viel ruhiger als früher, äussert nur noch leise ihre Klagen und Selbstvorwürfe. Sie hustet auch zeitweise.

24. XI. Besuch der Mutter. Die Kranke regt sich nicht sehr auf dabei, freut sich anscheinend, ist aber psychisch bedeutend ruhiger.

Fieber dauert an.

30. XI. Pat. jammert immer leise vor sich hin, begehrt dringend nach Hause, sie will zu Hause sterben. Selbstvorwürfe macht sie sich nur noch selten.

Fieber dauert an. Pyramidon ohne Wirkung. Nahrungsaufnahme ist genügend. Zu fixieren ist Pat. gar nicht mehr. Auf alle Fragen antwortet sie. „Ich möchte so gern zu meinen Eltern.“

7. XII. Pat. schreibt am Geburtstage ihres Vaters einen Brief mit vollständig veränderter (Kinder) Handschrift, groben orthographischen Fehlern und in ganz kindlichem Stil.

T. B-Bazillen werden im Sputum nachgewiesen.

28. XII. Die Kranke verfällt sehr, wenn sie ausser Bett gebracht wird, wird sie leicht ohnmächtig. Sie hat viel Delirien, in denen sie ihre Eltern sieht und hört. Sie ist jetzt öfter unreinlich. Decubitus.

29. XII. Temperatursturz auf 35,5.

30. XII. Die Kranke hat sich etwas erholt, doch nimmt der Decubitus zu. Sie klagt sehr über Durst.

3. I. 1905. Pat. ist in den letzten Tagen zusehends verfallen; sie hat nur noch leise nach Wasser gejammert. Exitus letalis.

Ich will nun versuchen die 3 Krankheitsbilder einer epikritischen Betrachtung zu unterziehen.

Im Falle A finden wir bereits in der Anamnese der Kranken einige beachtenswerte Punkte.

In somatischer Hinsicht stammt die Patientin von einem vermöge seines „habitus phthisicus“ auf tuberculosis pulmonum sehr verdächtigen Vater, der ausserdem noch nervös ist. Als Kind war die Kranke sehr schwächlich, häufig matt, fühlte sich kräftiger nach Stahlbädern und litt an Ohrenfluss. Diese Schwächezustände bezw. ihre erfolgreiche Behandlungsweise und

der Ohrenkatarrh lassen vielleicht den Schluss zu, dass die Patientin in ihren Kinderjahren „skrofulös“ gewesen ist. Nach der Schulzeit war unsere Kranke körperlich oft und lange Zeit überangestrengt tätig, ihre Menses waren stets unregelmässig, sie klagte über Abspannung und Luftmangel und wurde wegen Blutarmut und Lungenkatarrhs längere Zeit im Krankenhaus mit Kreosot wohl spezifisch behandelt und gebessert. Die sie quälenden Seitenstiche wurde sie nie los. Die Patientin hat demnach in dieser Lebensperiode bei anämischem Zustand noch ihren Gesamtorganismus durch harte Arbeit geschwächt und ihre Lungenaffektion, speziell deren Behandlung lassen uns die Patientin nicht nur als Besitzerin eines für Tuberkulose sehr empfänglichen Organismus erscheinen, sondern zwingen uns zu der Vermutung, dass sie schon in jungen Jahren tuberkulöse Heerde in ihrem Körper beherbergte, deren Ausgangsstelle dann in den Lungen zu suchen wäre.

In psychischer Hinsicht dürften vielleicht neben der bereits erwähnten Ueberanstrengung der schon in ihrer Entwickelungsperiode um ihre Existenz ringenden Kranken, mit unausbleiblichen üblen Folgen für Nervensystem und Psyche, die relative Abgeschlossenheit von der Aussenwelt in ihrer letzten Dienststelle, dann auch der Schrecken, in den sie durch den Trauerbrief versetzt wurde und schliesslich der auf den gleichen Tag treffende mysteriöse Vorfall mit dem Kaufmann als Momente zu registrieren sein, die auf das sehr sensible Nervensystem und speziell die Psyche des Mädchens ungünstig einwirken konnten, insofern ersteres, wie bereits betont, eine Schwächung erleiden, letztere aber in ihrem Gleichgewicht gestört werden konnte.

Es macht sich denn auch in der Tat, im Anschluss an die psychischen Insulte, bei der Patientin ein Depressionszustand bemerkbar neben Angst, Aufgeregtheit, Unruhe und Schreck-

haftigkeit. Sie gibt sich allerhand unklaren und grundlosen Befürchtungen hin, äussert Selbstbeschuldigungen und Suicidideen.

Der Status praesens schildert uns die Kranke zunächst stark auf Lungenschwindsucht verdächtig. Sie hat einen habitus phthisicus dem Skelett und seinen Bedeckungen nach: Thorax paralyticus, Blasse, feuchtkalte Haut, anämische Schleimhäute, und auf Grund der Auskultation: einen Katarrh der rechten Lunge, der nach seinem Sitz in der Spitze bekanntermassen immer auf Tuberkulose der Lunge verdächtig ist.

Psychischerseits darf man wohl nur ihre Aufgeregtheit und Angst als auffällige, wenn auch leichte Symptome hinnehmen, denn hinter den „angewachsenen Ohrläppchen" der Patientin dürfte wohl ebensowenig ein für eine psychopathische Belastung sprechendes Argument stecken wie unter den „blonden Haaren" eine Disposition für Phthisis verborgen liegt.

Im weiteren Verlauf des Leidens treten nicht nur auf psychischem, sondern auch auf physischem Gebiet deutlichere Krankheitssymptome hervor.

Wir finden bei unserer Kranken melancholisch-hypochondrische, launenhafte und neurasthenische Zustände. Die depressiven Stimmungen werden von angstvollen unterbrochen.

Die Patientin äussert Wahnideen der Beeinträchtigung, Verfolgung, Vergiftung und Grösse. Sinnestäuschungen, sowohl Illusionen wie Halluzinationen des Gesichts und Gehörs treten zahlreich bei ihr auf, Selbstmordneigung und Nahrungsverweigerung sind wiederholt bei ihr beobachtet worden. Auch die Auffassung der Aussenwelt und die Orientierung der Kranken waren nicht immer ganz ungestört, und schliesslich kam es bei ihr auch zu einer ziemlich illusionären Verkennung der Umgebung. Tritt auch keine klare Demenz hervor, so sind doch

zusammenhangslose Ideen phantastischen Charakters und Abnahme der Intelligenz deutlich bemerkbar.

Fassen wir diese Erscheinungen zusammen, so erhalten wir ein ziemlich umschriebenes, vor allem aber recht kompliziertes Krankheitsbild. Es handelt sich um einen Fall von Jugendirresein mit vorwiegend paranoischen Zügen, also um Dementia oder praecox paranoides.

Dafür sprechen das Alter der Patientin, ferner der fortschreitende geistige Verfall, der im wesentlichen die Gemüts- und Willenssphäre, weniger Auffassung und Gedächtnis betraf, der sich in dem klinischen Bild so deutlich prononzierende, paranoische Zustand und die unverkennbare, juvenile Demenz, die allmählich sich entwickelte.

Differential-diagnostisch kämen für Hebephrenie in Betracht die Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie, die depressive Phase eines manisch-depressiven Irreseins. Wenn wir diese für das Gesamtbild ohne weitere Betrachtung ausschliessen können, da ja die Symptome des umschriebenen Jugendirreseins zu deutlich und zahlreich vorhanden sind, so dürfen wir es wohl erst recht mit der halluzinatorischen Verwirrtheit, Paranoia und progressiven Paralyse tun, die differential-diagnostisch bei Dementia praecox paranoides berücksichtigt zu werden pflegen.

Fast 1 Jahr nach der Aufnahme dieser Kranken in die Klinik hören wir erst, dass sie seit einiger Zeit viel hustet, sich aber nicht untersuchen lässt. Kurze Zeit darauf wird Temperaturanstieg beobachtet neben Klagen über rechtsseitige Schmerzen in der Brust.

Die Untersuchung stellt eine Schallverkürzung über dem Unterlappen der rechten Lunge und starke Gewebsverdichtung über der linken Lungenspitze und einen feuchten Katarrh im Oberlappen der rechten Lunge fest.

Der Husten nimmt rasch zu, es stellt sich auch Auswurf

ein. Die Infiltration der linken Lungenspitze hat nach unten stark zugenommen und auch der Unterlappen ist bereits in Verdichtung begriffen.

Der rechte Unterlappen bietet Anzeichen des beginnenden Gewebszerfalls. Die inzwischen angestiegene Temperatur bleibt dauernd hoch und die geäusserten Klagen über Atemnot nehmen zu. Infiltration und Zerfall wechseln bald auch hier in der linken Lunge miteinander ab, es werden hier Cavernensymptome beobachtet. Der Auswurf hat inzwischen zähe Beschaffenheit angenommen. Der Zerfall der rechten Lunge schreitet ebenfalls fort. Die Hustenanfälle werden bald häufiger und stärker und endlich werden auch Tuberkelbazillen im Auswurf gefunden.

Der Lufthunger wird immer heftiger. Profuse Diarrhoeen, blutiger Auswurf und starke Abmagerung treten noch ganz kurz vor dem ca. 5 Monate nach Auftreten der ersten Lungenerscheinungen erfolgenden Exitus letalis auf. Die Lungen der Patientin hatten also eine schwere Erkrankung durchgemacht, an deren Charakter als „Tuberkulose“ durch den Tuberkelbazillennachweis im charakteristischen Sputum nicht zu zweifeln ist. Beim Tode der Kranken befanden sich ihre Lungen wohl im Turbanschen III. Stadium der Tuberkulose und zwar im Zustande der Infiltration mit Höhlenbildung.

Es sind nun folgende Fragen zu beantworten:

1. In welches Stadium der Lungentuberkulose fällt hier der Ausbruch der Psychose?

2. In welchem Verhältnis stehen die beiden Krankheiten zu einander? Ist die eine der Ausdruck oder die Folge der andern oder nur eine zufällige Kombination bezw. Komplikation?

3. Wie verläuft die Tuberkulose und welchen Einfluss hat die Psychose auf den Verlauf?

4. Was ist über Diagnose und Therapie der beobachteten Krankheiten zu sagen?

Zur Beantwortung der ersten Frage müssen wir den Verlauf der Lungentuberkulose vorweg etwas näher betrachten.

Es handelt sich um ein 21jähriges Mädchen, das zweifellos schon als Kind einen schwächlichen, widerstandsunfähigen, für die Ansiedelung von Tuberkelbazillen wie geschaffenen Gesamtorganismus und somit auch für das Tuberkulosevirus empfängliche Lungen besitzt, ja, es liegt sogar der Verdacht nahe, dass sie vom Vater aus phthisisch veranlagt sein könnte. In der Entwicklungsperiode hat unter harter Arbeit diese Schwäche des Organismus und ihrer Atmungsorgane noch zugenommen und in der Pubertätszeit entwickelt sich bei ihr auch bereits ein Lungenleiden, das nach Symptomen und Effekt der Behandlung auf ein schwereres bezw. ernstes, d. h. eine Tuberkulose der Lungen die Vermutung nahe legt.

Es tritt Besserung desselben ein, und wenn die Patientin auch die erwähnten, jedenfalls von einer adhaesiven Pleuritis herrührenden Stiche in der Brustseite, nie recht los geworden ist, für ernstlich lungenkrank scheint sie nicht mehr gehalten worden zu sein, bis ca. 2 Jahre nachher, als die Patientin jenes Alter erreicht hatte, wo so viele Menschenblüten ein Opfer der Lungenschwindsucht werden und die Psychose den Höhepunkt fast erreicht hatte, Husten und Auswurf das Aufflackern des alten Leidens anzeigen, also wohl eine Exazerbation der Lungentuberkulose stattfindet, abgesehen davon, dass sie von ihrem Eintritt in die Klinik an, infolge des sofort bei ihr diagnostizierten Spitzenkatarrhs der rechten Lunge, wissenschaftlich nicht nur für lungenkrank, sondern für tuberkulös galt. Die so lange Zeit latent gewesene, dann plötzlich rezidivierende bezw. exacerbirende Lungenphthisis nahm später den geschilderten, sehr rapiden, fast galoppirenden tötlichen Verlauf.

So begann, entwickelte sich und endete das Lungenleiden unserer Kranken.

Störungen der Psyche der Patientin waren weder in ihren Kinder- noch Mädchenjahren von jemandem bemerkt worden. Sie galt nur als sensibel, sonst aber gesund und heiter. Da treten plötzlich auffallende Veränderungen im Wesen des Mädchens ein, die mit Angstzuständen beginnen und allmählich in das Bild einer ziemlich deutlich ausgesprochenen Psychose übergehen; die Kranke verfällt dem „paranoiden Jugendirresein".

Was war nun zuerst da, die Lungentuberkulose oder die Psychose? Ich glaube, die Antwort muss zugunsten der ersteren ausfallen, denn die Patientin hatte, wie wir bereits festgestellt haben, weder als Kind, noch später Symptome geboten, die sie vor Ausbruch ihrer Psychose für geistig gestört hätten gelten lassen können. Auf Tuberkulose verdächtig aber war sie von Kindheit auf und ich glaube behaupten zu dürfen, die Geisteskrankheit der Patientin A begann sich erst zu entwickeln, als die Tuberkulose der Lungen ganz latent verlief, gewissermassen ihr zweites Prodromalstadium durchmachte, sie war aber auf ihrer Höhe, als die Tuberkulose ins Exazerbationsstadium eintrat und mit dem Fortschreiten der Phthise hielt der geistige Verfall der Patientin ziemlich gleichen Schritt.

Bezüglich der Frage, in welchem Verhältnis bei dieser Patientin die Störungen von Geist und Körper zu einander stehen, so ist also zu entscheiden, ob sie sich wie Ursache und Wirkung zu einander verhalten, oder die eine als zufällige Komplikation der anderen aufzufassen ist, bezw. ob sie einander in irgend einer Weise beeinflusst haben.

Es lässt sich nicht leugnen, dass das psychische Krankheitsbild unserer Patientin manche „phthisischen Züge" aufweist, ganz besonders verraten einen gewissen ursächlichen Zusammenhang der geistigen Störung mit der Tuberkulose, die neura-

sthenischen Beschwerden der Kranken. Doch die Phthisis als alleinige Ursache der Psychose, letztere als Folge der ersteren hinstellen zu dürfen, ist wohl nicht angängig. Die Phthise hat im Falle A meiner Ansicht nach als auslösendes Moment bei der Entwicklung der Psychose gedient, sie hat ihren Ausbruch erleichtert und das Krankheitsbild des Irreseins modifiziert, gerade so wie der Trauerbrief und der Vorgang mit dem Kaufmann, wenn auch in viel geringerem Grade, auf die sensible Natur des Mädchens ungünstig einwirkten und die Entwicklung der Psychose beschleunigt haben mögen. Da die Patientin für psychische Erkrankung „sensu strictiori" disponiert nicht gelten kann, wohl aber zugegeben werden muss, dass sie auf Grund der körperlichen Schwächung eine erworbene „Disposition" für Seelenstörung, wenn auch nur mässigen Grades besass, so kann man vielleicht die Hebephrenie im vorliegenden Fall nicht als ganz selbstständige, vollkommen von der Tuberkulose bezüglich ihres Ursprungs unabhängige Krankheit hinstellen, sondern in gewissem Sinne dieses Jugendirresein doch mit als ein Symptom der Phthise bezw. der exazerbierenden Tuberkulosis pulmonum auffassen.

Viel deutlicher tritt in Beantwortung der dritten Frage ein Einfluss der Psychose auf die Tuberkulose hervor. Wenn letztere so lange Zeit keine deutlichen Erscheinungen machte, dann war hierfür ihr latenter Verlauf hinter der psychischen Störung die Ursache. Die Psychose hatte der Tuberkulose als Deckmantel gedient, vielleicht, dass man auch von einen scheinbaren Alternieren sprechen darf, der Art, dass die Psychose deutlicher wurde, weil die Symptome des Lungenleidens zurücktraten oder ganz verschwunden schienen, dabei aber in der Stille und Tiefe der tuberkulöse Prozess immer weiter schritt. Man darf vielleicht auch hier von einem jener Fälle sprechen, in denen sich der Verlauf einer Tuberkulose der Lungen hinter

depressiven Gemütszuständen lange Zeit verbirgt, dafür aber dann einen um so schnelleren und tötlichen Ausgang nimmt.

Dte Diagnose „Tuberkulose der Lungen“ wurde zwar erst durch den Tuberkelbazillennachweis gesichert, damit aber zugleich der bei der Aufnahme der Kranken wohl erhobene Verdacht, dass ihre diagnostiziere Infiltration der rechten Lungenspitze, ihr Spitzenkatarrh tuberkulöser Natur sei, als berechtigt erwiesen.

Da die Prognose des Jugendirreseins allgemein als infaust gilt, kann es nicht wundern, dass auch in diesem Falle die therapeutischen Massnahmen ohne Erfolg blieben. Die rapide Fortschritte machende Phthise musste den Tod der, einer unheilbaren Geistesstörung zum Opfer gefallene Patientin, herbeiführen.

Der Fall B enthält in der Anamnese weniger Bemerkenswertes.

In körperlicher Hinsicht ist nichts Pathologisches bekannt geworden. Psychischerseits spricht das Zurückbleiben des Patienten auf der Schule für eine gewisse Inferiorität seiner geistigen Anlage. Seine „Aufgeregtheit als Abiturient“ sowie seine „geheime Verlobung“ dürften vielleicht aus den jeweiligen Verhältnissen entsprungen und nicht als symptomatisch für eine Seelenstörung zu erklären sein. Bei der Abreise des Patienten nach L. fiel ein aufgeregtes Wesen an ihm auf. Er zeigte zuvor schon auffallende Unternehmungslust und fasste grosse Pläne. In L. selbst vollführte er unüberlegte Handlungen und benahm sich dabei in sehr kritikloser Weise.

Im Status praesens fällt Husten und Auswurf bei dem anämischen Patienten auf.

Bei der Beobachtung seines psychischen Zustandes ist zunächst starke Aufgeregtheit, sowie Stimmungswechsel bei klarem Bewusstsein zu konstatieren. Ferner fällt eine ausgeprägte Ideenflucht, ein beschleunigter Gedankenablauf bei dem Patienten

auf. Sehr stark treten auch Grössenideen und namentlich das gehobene Selbstbewusstsein hervor. Ein weiterer Verlauf war infolge des plötzlichen Collabierens des Kranken nach vorhergegangener starker Erregung, und bald sich anschliessenden Todes nicht zu beobachten. Der Sektionsbefund gibt uns Aufschluss darüber, dass die Lungen des Patienten sich in schwerem Krankheitszustand befunden haben. Sie boten das Bild einer Phthisis tuberculosa confirmata im Zustand des Zerfalls. Die rechte Lunge war fast vollständig von der Tuberkulose ergriffen bezw. zerstört, die linke wies einen offenen, tuberkulösen Herd in ihrer Spitze auf. Der Darm und der Kehlkopf des Patienten waren ebenfalls stark tuberkulös affiziert. Die Hirnhäute und das Cerebrum wiesen Veränderungen auf, wie sie bei Psychosen nicht selten zu Gesicht kommen.

Wir haben es in psychischer Hinsicht mit dem Krankheitsbild eines durchaus „manischen Zustandes“ zu tun. Der post mortem gefundenen Zustand des Gehirns und seiner Bedeckungen haben zwar nichts Charakteristisches an sich, lassen aber doch den Schluss zu, dass seit langer Zeit krankhafte Störungen der Psyche des Patienten bestanden haben müssen.

Die Lungenerkrankung muss bei Lebzeiten des Patienten gar keine oder nur sehr geringe subjektive und objektive Beschwerden verursacht haben. Bei der klinischen Aufnahme liess der erregte Patient eine genaue Untersuchung seiner Atmungsorgane nicht zu, man konnte nur starken Verdacht auf eine Alteration seines Respirationstraktus aus Husten und Expektoration schöpfen. Auf dem Sektionstisch sehen wir aber keine frische und wohl auch keine geringe Phthise, sondern eine rechte Lunge, die nach der Norm des Reichsgesundheitsamtes sich dem „III. Stadium“ tuberkulöser Erkrankung stark nähert, die linke würde sich nach jenem Schätzungsmodus im „I. Stadium“ der Tuberkulose befinden.

In welches Stadium der Lungenerkrankung ist nun in diesem Fall der Ausbruch der Geisteskrankheit zu verlegen?

Hierbei müssen wir erwägen, dass die Phthise dieses Patienten, wie bereits erwähnt, keine frische, sondern auch mit auf Grund der vernarbten Kehlkopf und Darmgeschwüre schon eine alte, lange Zeit bestehende war, die sich bereits im ganzen Körper zu lokalisieren begann, bei der aber, trotz langer Latenzzeit, doch auch einmal ein Exacerbationsstadium eingetreten sein muss. Dieses mag mit jener Zeit zusammenfallen, in welcher der Patient als junger Student sich nach der „geheimen Verlobung" „wie umgewandelt" und „viel leistungsfähiger" fühlte, so zwar, dass hier an einen Parallelismus von auflockernder Phthise und erwachender Psychose zu denken wäre, falls man etwa für letztere die geistige „Inferiorität", als längst vorhanden gewesenes Symptom geistiger Schwäche, annehmen wollte. Vielleicht dass man auch ein längeres Latenzstadium der Tuberkulose voraussetzen kann, dessen Beginn dann schon in die „aufgeregte Maturitätsprüfungszeit" des Patienten zu verlegen wäre.

Jedenfalls war die Tuberkulose der Lungen in der ersten Studentenzeit des Patienten noch in ihren Anfängen und erst ihr rasches Fortschreiten hatte eine Steigerung des auffälligen erregten Wesens zur Folge.

Ob man die Phthise im vorliegenden Fall als Ursache der Manie auffassen darf, ist fraglich, denn es gibt Phthise ohne Manie und vice versa, aber wohl kann man behaupten, dass die exacerbierende Tuberkulose der Lungen das Hauptübel des Kranken war und den Ausbruch der Psychose begünstigt, bew. ihren ungünstigen Verlauf beschleunigt hat. Es kommen manische Zustände, wie ausgeführt wurde, im Beginn einer tuberkulösen Lungenerkrankung vor. Sehen wir den Patienten als nicht disponiert zur Psychose an, so liegt allerdings der

Gedanke nahe, dass schon die bedeutungslos erschienenen Vorgänge im Seelenleben des jungen Mannes, die sich an seine „geheime Verlobung“ anschlossen und jene vor der Aufnahme in die Klinik, die Tuberkulose zum Ausgangspunkt hatten und dass dann sie nicht nur, sondern auch der spätere aufgeregte Zustand, das maniakalische Stadium seines Leidens, als Symptome, erstere vielleicht sogar als Frühsymptome beginnender Lungenphthise anzusehen wären.

Der Collaps des Patienten ist die gemeinsame Folge des Lungenleidens und der manischen Aufregung, sie lösten ihn beide zusammen aus. Ein Delirium acutum anzunehmen, würde dem Symptomencomplex nicht entsprechen.

Die Anamnese des **Falles C** macht uns mit einer Patientin bekannt, die sowohl in physischer wie in psychischer Hinsicht in gradliniger Ascendenz wie in den Seitenlinien dieser stark belastet erscheint.

Phthisis unter Ascendenten und Adnaten; ausgesprochene Geisteskrankheit in der Verwandschaft beider Eltern, Suicidien in der von Vaters Seite; die Mutter selbst nervös; wohl Anhaltspunkte genug um von hereditärer, tuberkulöser und psychischer Belastung sprechen zu dürfen. Ihr Seelenleben war von Kindheit an etwas labil. Sie war zerstreut, leicht erregbar, unruhig, eigensinnig, schwer zu leiten, im Ganzen aber heiter. In körperlicher Hinsicht war sie von Jugend auf gesund, bis auf Nasenbluten, das sie trotz spezialärztlicher Behandlung nie recht los wurde. In ihren Mädchenjahren erfreute sie sich ebenfalls stets guter Gesundheit. Erst in der Zeit vor ihrer Aufnahme in die Klinik traten Menstruationsanomalien bei ihr auf. Psychischerseits war nach der Schulzeit ebenfalls nichts Auffälliges an ihr wahrzunehmen, falls man nicht ihrer Leidenschaftlichkeit, die einen sinnlichen Charakter getragen

haben soll und ihrer Vorliebe für Alkoholika einen psychopatholischen Wert beilegen darf. Erst nach der öffentlichen Verlobung der damals 21jährigen Patientin traten Aenderungen in ihrem Wesen deutlich hervor. Sie wurde zunehmend reizbarer, zeigte Unlust zu Beschäftigung aller Art, war sehr unruhig, ungesellig und barsch gegen die Personen ihren nächsten Umgebung.

Dieses merkwürdige Benehmen trat nach einer an sich „bedeutungslosen" Bekanntschaft mit einem anderen Herrn immer mehr hervor. Sie machte sich bezüglich ihrer Treue gegen den Bräutigam grundlose Selbstvorwürfe, legte ein sehr aufgeregtes Wesen an den Tag und äusserte Suicidideen.

Der Aufenthalt in einem Sanatorium änderte in ihrem Zustand nichts.

Bei der Aufnahme in die Klinik, wird die Patientin als eine anämische, zum Schwitzen leicht geneigte Person geschildert, die eine geringe Abweichung von der Norm des Zirkulationsapparates aufweist. Sie klagt ferner über leichten Druckschmerz im linken Hypogastrium und in der rechten Inguinalgegend, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Auch schien ihr Digestionsapparat zeitweise nicht regelmässig zu funktionieren. An ihrem Nervensystem wird eine erhöhte Reflexerregbarkeit nachgewiesen.

Ihr psychischer Zustand lässt eine grosse Erregtheit erkennen. Dabei äussert die Kranke Selbstbeschuldigungen, Wahnideen der Beobachtung und ist sehr misstrauisch.

Im weiteren Verlauf treten bei der Patientin zunächst in der Klinik in Leipzig melancholisch-hypochondrische Ideen, Unzufriedenheit, sehr starker Argwohn und Beobachtungswahn auf. Die Depressionen wechseln mit Erregungszuständen ab. Es kommt zu Personenverkennung und Angstzuständen. Halluzinationen des Allgemeingefühls, speziell Sinnestäuschungen der

Organempfindung und wiederholte energische Suicidversuche treten deulich hervor.

In R. sprach sich dann die Patientin in weltschmerzlich-pessimistischer Weise aus, äusserte bisweilen in schwachsinniger Weise Versündigungsideen und verkannte auch dort ihre Umgebung. Es kam hier zu Halluzinationen des Gesichts, auch wiederholte die Patientin ihre Suicidversuche.

Man konnte bei ihr auch noch stereotypes Wiederholen derselben geistlosen Phrasen beobachten. Die Nahrungsaufnahme war in beiden Anstalten sehr gering. Kurz vor ihrem Tode kam es noch zu Delirien mit Halluzinationen des Gesichts und Gehörs.

In körperlicher Hinsicht traten sieben Monate nach ihrer Aufnahme in die Klinik, neben febrilen Temperaturen die ersten Anzeichen einer Haemoptoë auf. Die Patientin hustete auch öfters und hat ein auf Tuberkulose sehr verdächtiges Sputum Leichte Anfälle von Bluthusten wiederholen sich und bei der Untersuchung der Lungen wird eine Infiltration der linken Lungenspitze diagnostiziert.

In K. hatte die Patientin dann andauernd erhöhte Körpertemperatur und nahm an Körpergewicht ab. Bald wurde auch eine Infiltration der rechten Lungenspitze nachgewiesen. Die Patientin klagte über Stiche in der Brust; Husten und Expektoration traten häufig und reichlich auf. Die Verdichtung des Lungengewebes nahm zu und ebenso der Verfall der Patientin. Bald machten sich Anzeichen von Decubitus bemerkbar. Der Nachweis von Tuberkelbazillen im Auswurf gelang ebenfalls. Plötzlich trat starker Temperaturabfall ein und schliesslich erfolgte knapp ein Jahr nach Ausbruch der Geistesstörung der Tod der Patientin.

Suchen wir uns aus den beobachteten Krankheitssymptomen ein, bezw. zwei Bilder zu machen, so finden wir zunächst

hinsichtlich der psychischen Veränderungen, dass es anfänglich nur mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Aenderungen des Charakters der Kranken waren, die sie ihrer Umgebung anders als früher erscheinen liessen. Dann traten mehr affektive Störungen auf, die schliesslich in hypochondrische Ideen übergingen. Es finden sich in dem Krankheitsbild Züge von „degenerativem Irresein", andererseits auch „schwachsinnige Ideen".

Es ist eine akute Psychose, in der nicht gerade Verwirrtheit, aber doch Ratlosigkeit hervortreten.

Zusammengefasst handelt es sich also um ein „Jugendirresein", wobei die Charakterzüge der Kranken in starkem Masse Veränderungen erlitten.

Die körperliche Erkrankung muss als eine, längere Zeit latent gewesene Tuberkulose der Lungen bezeichnet werden, die nach dem auskultatorischen Befund, von beiden Lungen besonders in ihren Oberlappen Besitz ergriffen hatte. Die aufgetretenen Anfälle von Hämoptoë sind nach dem raschen Verlauf dieser Phthise zu schliessen, nicht Symptome eines Heilungsvorganges, sondern des beginnenden Gewebszerfalles gewesen. Der Verlauf der ausgebrochenen Tuberkulose war bei erhöhter Temperatur, mangelnder Ernährung und raschem Kräfteverfall ein sehr schneller.

Suchen wir auch in diesem Fall C die Frage zu beantworten, in welches Stadium der Lungenerkrankung der Ausbruch des Irreseins fällt, so finden wir, dass es zweifelsohne in jene Periode der Tuberkulose zurückverlegt werden muss, die, wenn nicht Prodromal, so doch höchstens Initialstadium genannt zu werden verdient. Die Charakterveränderungen der Kranken, mit denen ihre Psychose begann, fallen sicher in ein Prodromal bezw. Latenzstadium der Phthisis; denn dass die Tuberkulose in diesem Falle ebenfalls längere Zeit zu ihrer Einnistung in der Lunge und ihrer Entwickelung daselbst ge-

braucht hat, um dann mit solcher Kraft auszubrechen und fortzuschreiten, darf aus der kurzen Zeit ihres beobachteten Verlaufs zur Genüge entnommen werden.

Zu ihrem latenten Verlauf bot sich ihr in der Charakterveränderung der Patientin ein willkommener Deckmantel.

In welchem Verhältnis stehen nun im Falle C Psychose und Tuberkulose zu einander. — Alleinige Ursache kann wohl die Tuberkulose von der Psychose im Falle C nicht sein. Dagegen spricht die starke Belastung der Patientin in psychopathischer Hinsicht. Dass aber die Tuberkulose dieser Patientin für die Entstehung ihrer Psychose eine wichtige Rolle mitspielt, geht zunächst daraus hervor, dass die Kranke auch für Phthise eine hereditäre bezw. familiäre Disposition aufzuweisen hat. Die Patientin konnte also mindestens ebenso leicht und so früh tuberkulös werden wie sie psychisch erkrankte. Ausserdem enthält das psychische Krankheitsbild eine Reihe von Zügen, die im Verlauf einer Tuberkulose oft vorkommen, und die sich namentlich in der geschilderten Charakterveränderung unserer Kranken wiederfinden, so dass man wohl zugeben muss, die Tuberkulose der Lungen hat hier mindestens als auslösendes Moment beim Ausbruch der Geisteskrankheit gedient, sie ist hier nicht die einzige, aber eine wesentliche Ursache und jene Charakterveränderungen der Kranken im Anschluss an die öffentliche Verlobung und noch mehr die, welche jener anscheinend „bedeutungslosen Bekanntschaft“ folgten, waren bis zu einem gewissen Grade vielleicht doch der Ausdruck einer Phthise im Prodromal- bezw. Latenzstadium, die akute Psychose aber in ebensolchem Masse ein Belag für das Auftreten von psychischen Störungen ernsteren Charakters im heftigen Beginn einer Lungentuberkulose. — Die Frühdiagnose dieses Lungenleidens musste natürlich Schwierigkeiten bereiten sowohl infolge der grossen Unduldsamkeit der Patientin als auch deswegen,

weil die speziell phthisischen Symptome zu allgemeiner Natur waren und latent blieben bezw. man den Charakterveränderungen und den schwereren psychischen Störungen bei der hervorragenden Disposition der Patientin für Irresein nicht den gebührenden Wert als Initialsymptome einer Lungentuberkulose beilegen zu dürfen glaubte. — Der Verlauf der Tuberkulose wurde, wie bereits öfters betont, durch die Psychose zunächst insofern beeinflusst, als letztere das Lungenleiden nicht nur in seinen allerersten Anfängen vollständig maskierte, sondern auch den Ausbruch und vorgeschrittenen Prozess desselben durch die Heftigkeit ihres Auftretens zu verdecken vermochte. Ein Alternieren wäre vielleicht erst gegen Ende des Leidens anzunehmen, wo die Kranke nach Deutlichwerden der Tuberkulose kurze Zeit psychisch ruhiger wurde; die Delirien kurz vor ihrem Tode sind wohl als Inanitions- bezw. Schwächedelirien aufzufassen.

In prognostischer wie therapeutischer Hinsicht musste auch dieser Fall auf Grund des Zusammenwirkens von zwei als infaust geltenden Erkrankungen als aussichtslos gelten.

Aus diesen Epikrisen der 3 Krankheitsfälle geht folgendes hervor:

1. Es treten in jedem der 3 Krankheitsbilder psychische Störungen und tuberkulöse Lungenerkrankung auf.

2. Der Form nach handelt es sich bei den seelischen Störungen,

im Falle A: um Jugendirresein mit vorwiegend paranoischen Zügen.

im Falle B: um einen manischen Zustand.

im Falle C: um degeneratives Irresein mit schwachsinnigen Zügen.

3. Die Tuberkulose befand sich beim Anfang bezgl. Entwicklung der Seelenstörungen in allen Fällen im Initialstadium; im Falle A mehr noch als bei B im sog. Exacerbationsstadium nach langer Latenzperiode. A und B sind ältere Tuberkulosen. C ist eine frische Phthise. Als die Psychosen auf ihrer Höhe waren, trug die Tuberkulose besonders in A und B sehr progressiven Charakter.

4. Hinsichtlich des Zusammenhanges der beiden Erkrankungen handelt es sich nicht um zufällige Komplikation beider, sondern es kommt in allen 3 Fällen die Tuberkulose insofern mit in Betracht, als sie in jedem von ihnen als auslösendes Moment zu betrachten ist, bezw. den Ausbruch der Geistesstörung begünstigt hat. Auch trägt das psychische Krankheitsbild im Falle A, noch mehr aber in C ausgesprochene phthisische Züge.

5. Die Disposition spielt namentlich im Falle C eine grosse Rolle, insofern bei ihm nicht nur hereditäre, psychopathische, sondern auch phthisische Belastung angenommen werden darf; im Falle A ist an Anlage für Phthise zu denken, im Falle B kann die geistige Inferiorität disponierend für Psychose gewirkt haben.

6. Der Verlauf aller 3 Erkrankungen war nach Art der Seelenstörung und auf Grund des progredienten Verlaufs der Phthise besonders in A und B, wie infolge der summierten Wirkung von 2 ernsten Erkrankungen, bei der Unmöglichkeit, die Kranken auf gutem Ernährungszustand zu erhalten, als rasch und tötlich endender vorauszusehen. Durch das vereinzelt aufgetretene Alternieren psychischer und phthisischer Erscheinungen wurde keiner der 3 Fälle wesentlich beeinflusst.

7. Die eingeschlagene Therapie war die für solche Fälle indizierte.

III.

Schluss-Folgerungen.

1. Das Auftreten von psychischen Störungen im Verlauf der Tuberkulose der Lungen ist nichts Seltenes. Man kann sie in gewissem Sinne als mit zum Bestand der Lungenerkrankung gehörig, als ihre Produkte und Symptome ansehen.

Im Beginn der Tuberkulose der Lungen sind psychische Störungen sogar relativ häufiger als in den späteren Stadien angetroffen worden.

2. Die Erscheinungsformen der bei Lungentuberkulose auftretenden psychischen Störungen variieren stark.

Sie sind abhängig vom Stadium der Tuberkulose, von Alter, Geschlecht, Charakteranlage und neuropathischer oder phthisischer Belastung des betreffenden Individuums, ferner von der Intensität der Schwankungen des Lungenleidens. Man kann psychische Störungen ganz leichten Grades, Charakterveränderungen mit Hervortreten gewisser Charakterzüge der vorher gesunden aber auch schwerere psychische Störungen und echte Psychosen das Krankheitsbild der Tuberkulose beherrschen sehen. Ausser Charakterveränderungen werden noch als vorkommende psychische Anomalien erwähnt: Sinnestäuschungen, Erregungs- und Depressionszustände, krankhafte Aeusserungen bezw. Wahnideen, Stimmungswechsel, Neigung zu Suicidien, zornige Affekte, bedrohliche Handlungen, Intelligenzdefekte, Nahrungsverweigerung, neurasthenische Beschwerden.

Von ausgesprochenen, umschriebenen Psychosen nennt man solche akuter und chronischer Form, speziell Melancholie, Manie, Dementia praecox, Paranoia, Delirien und Neuro-Psychosen. Seltener wurden andere Formen, speziell die Paralyse beobachtet. Eigentliche „tuberkulöse Psychosen“ von spezifischem Gepräge gibt es nicht.

Im Beginn der Lungentuberkulose treten namentlich leichtere Formen psychischer Störungen auf, speziell Charakterveränderungen. Man spricht von einem „phthisischen Charakter", dessen Merkmale Labilität des Gemütes, Schwäche des Intellektes und Willens sind. Von echten Psychosen kommt am häufigsten Melancholie vor, doch gehören Manie und Dementia praecox auch zu den im Initialstadium der Lungenschwindsucht auftretenden Irreseinsformen. Echte Psychosen treten namentlich dann in diesem Stadium auf, wenn ab origine das Individuum psychisch oder phthisisch belastet ist.

3. Dass die Lungentuberkulose zu den in ihrem Verlauf auftretenden psychischen Störungen in einem ursächlichen Verhältnis stehen kann, ist unbestritten. In ernsteren Fällen geistiger Gestörtheit wird ausserdem noch eine gewisse Anlage des Kranken, eine besondere Empfänglichkeit für schädliche seelische und somatische Reize d. h. eine gewisse Disposition zum Irresein gefordert. Wenn solch ein labilerer Gleichgewichtszustand des Zentralnervensystems ererbt oder erworben besteht, dann kommt es leicht zu echten Psychosen, sonst wird man nur psychische Anomalien geringen Grades, den sog. „phthisischen Charakter" beim Schwindsüchtigen beobachten können.

Nicht ohne Bedeutung für den Ausbruch von echten Psychosen bei Lungentuberkulose ist auch der Alkoholismus. Speziell für den Entstehungsmechanismus kommen der moralische Shoc, die Tuberkelbazillen, Toxinwirkung und Zirkulationsstörungen auf tuberkulöser Basis in Betracht. Psychologisch gibt die noch hinzukommende reizbare Schwäche des Nervensystems bei Lungentuberkulose, das auslösende Moment ab.

Im Beginn der tuberkulösen Lungenerkrankung ist zum Auftreten echter Psychosen stets ein ab ovo zur seelischen Erkrankung disponiertes cerebrum unbedingt nötig.

4. Psychische Störungen spielen in der Diagnostik der Lungentuberkulose eine grosse Rolle. Die Diagnose der letzteren kann durch starkes Hervortreten der ersteren sehr erschwert werden. Der Hauptwert ist natürlich stets auf die physikalischen Zeichen der Lungentuberkulose zu legen, doch soll man stets der Anamnese bezüglich psychopathischer Belastung bzw. Degeneration des Nervensystems in der Verwandschaft Lungenkranker die grösste Beachtung schenken.

Beginnende Phthise gibt sich oft nur durch leichte Charakterveränderung bei vorher anders Gearteten zu erkennen. Besonders melancholisch-hypochondrische Zustände lassen Verdacht auf beginnende Phthise schöpfen.

5. Der Verlauf der Lungentuberkulose wird durch die Psychose oft sehr beeinflusst. Entweder kommt es durch sie zu langer Latenzfrist der Phthise oder zum Alternieren der phthisischen und psychischen Symptome.

Im Beginn der Phthise dienen ihr namentlich depressive Zustände als Deckmantel. Solche Fälle enden rasch tötlich. Alterniren wurde in diesem Stadium ebenfalls beobachtet.

Die Prognose hängt ab von der Form und dem Stadium sowohl der geistigen Erkrankung als auch der Phthise und der individuellen Widerstandsfähigkeit des Individuums bei Berücksichtigung eventueller Disposition.

6. Die Therapie hat im allgemeinen nach psychiatrischen Grundsätzen zu erfolgen.

Im Beginn tritt für leichte Seelenstörung die Behandlung der Tuberkulose in den Vordergrund. Echte Psychosen müssen unbedingt auch in diesem Stadium psychiatrischer Behandlung anvertraut werden.

7. Irgend einen absolut die tuberkulöse Natur der Seelen-

störungen im Verlauf der Phthisis kennzeichnenden pathologisch-anatomischen Befund gibt es nicht, abgesehen von der Meningitis und sonstigen Tuberkulosedepots.

Wichtig ist also daran festzuhalten, dass psychische Störungen im Beginn der Tuberkulose der Lungen nichts Seltenes sind. Da nun aber das Alter, in dem die tuberlöse Lungenschwindsucht am häufigsten sich zu entwickeln oder auszubrechen pflegt, das 20—30. Lebensjahr ist, in diesem Lebensabschnitt aber auch gewisse Irreseinsformen eine grosse Rolle spielen, so empfiehlt es sich vorliegenden Falls genau zu ergründen, ob etwa der psychischen Störung eine latente Tuberkulose der Lungen zu Grunde liegt, welche die Seelenstörung als einziges oder Frühsymptom präsentiert, oder ob die Lungentuberlose nur eine zufällige Komplikation der schon bestehenden geistigen Erkrankung bildet oder umgekehrt. Die richtige Entscheidung ist von der allergrössten Bedeutung für die erfolgreiche Behandlung der betreffenden Kranken.

Vielleicht, dass sich bei häufigerer Beachtung dieses Winkes nicht nur die Zahl der „Irren“ bezw. „eigentümlichen Charaktere“ verringert, sondern auch die immer noch erschrecklich hohe Zahl der „Lungentuberkulösen“ stark reduziert wird. Denn wenn das jeweilige psychische Befinden bei den Phthisikern von grosser Bedeutung für den Verlauf ihrer Lungenschwindsucht ist und demnach in der Therapie der Lungentuberkulose volle Würdigung verlangt, ja wenn die psychische Beeinflussung der Tuberkulose für ihre Heilung nicht nur förderlich, sondern auch ausschlaggebend ist, dann darf der Arzt, der diese diagnostisch-therapeutische Mahnung stets befolgt, sich niemals den Vorwurf machen, er hätte die Berücksichtigung der Psyche in der Tuberkulosebehandlung unterschätzt, weil er sie nicht zu beurteilen verstand.

Zum Schlusse entledige ich mich noch der angenehmen Pflicht, Herrn Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Flechsig für die Anregung und freundliche Ueberlassung des Materials zu dieser Arbeit sowie für die Uebernahme des Referats für dieselbe und Herrn Oberarzt Dr. Quensel für die Durchsicht der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Die nicht mit * versehenen Autoren machten Angaben zum I. Teil.

*1. Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie 1883.

2. Bäumler, Eigentümlicher Einfluss von Gehirnkrankheiten auf den Verlauf der Lungenphthise.
Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, XI. 1881.

3. Birnbaum, Die Lungentuberkulose bei den Geisteskranken. Inaug.-Dissertation, Leipzig, 1905.

4. Benner, Der Zusammenhang von Phthise und Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 43, 1887. Referat.

*5. Berillon, Société d'Hypnologie et de Physiologie, Psychiatr. Wochenschr., 5. Jahrg., 1904.

6. Bernheim, Troubles psychiques d'origine tuberculeuse. L'indépendance med. 51. Mendel, Jahresber. über Neurol. und Psychiatrie III, 1899. Ref.

7. Binswanger, Lehrbuch Binswanger und Siemerling, 1904.

8. Blandford, Die Seelenstörungen und ihre Behandlung.

9. Blind, De l'état mental des phthisiques. Revue de pneumologie, 1896. Mendel, Neurolog. Centralbl., 1897, XVI. Jahrg. Ref.

*10. Brehmer, Die Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht, 1885.

11. Chelmonski, L'état du système nerveux chez les phthisiques et son influence sur le cours de la tuberculose. Revue de méd. No. 3, p. 309.
Mendel, Jahresbericht über Neurologie und Psychiatrie. Bd. VI, 1902.

12. Engel, Ueber den Einfluss chronischer Lungentuberkulose auf Psyche und Nerven. Münch. med. Wochenschr., 1902, 33/34.

13. Flemming, Pathologie und der Therapie der Psychosen. Berlin 1859.

*14. Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1861.

15. Hagen, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten, 1876.

16. Heinzelmann, Krankenpflege. Zeitschrift für Krankenpflege, 1894, No. 6 u. 12.

*17. Hrdlika, Contributions to general Etiology and Pathology of the Jusane.
American Journal of Insanity Jan. 96. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55, 1897.

*18. Jessen, Lungenschwindsucht und Nervensystem, 1905.

19. Kiernan, Die psychischen Symptome bei Phthisis. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie., Bd. 48, 1892. Ref.
20. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 1899.
21. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, 1890.
22. Köhler, Referat zu Riebold: Ueber eigentümliche Delirien bei Phthisikern. Münchn. med. Wochenschr., 1904, No. 12.
23. Legrand, M. C. Die Psychologie der Tuberkulösen. Der Optimismus. Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Rudolf Landesberg. Wiener med. Blätter. No. 44, p. 337 u. Bull. med., Bd. XVI, 773. Ref.
24. Mendel, Handbuch für praktische Medizin, Bd. III, 1905. Krankheiten des Nervensystems mit Einschluss der Psychosen.
25. Mickle, Julius. Ueber Irresein im Verhältnis zu Erkrankungen des Herzens und der Aorta, sowie zur Phthisis. Br. med. journ. März. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Be. 46, 1890.
26. Morselli, A. La tuberculosi nella etiologica e patogenesi delli malottie nervose e mentali. Genova Tipcarlini. Mendel, Jahresber., VII, 1903. Ref.
*27. Naumann, Zur Psyche der Tuberkulösen. Petersburger med. Wochenschr., 1901, No. 39.
*28. Neumann, Lehrbuch der Psychiatrie, 1859, p. 162.
*29. Paris, Tuberculose et aliénation mentale. Arch. de Neurolog., Oktbr. 1898, No. 34.
Mendel, Jahresber. f. Neurol. u. Psychiatr., Bd. II, 1898. Ref.
30. Peli, Stato mentale e responsibilità dei tisici. Estralto dal Bullettino delle. Scienze med. di Bologna. Ser. VIII, Vol. I, 1901. Febr. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 60, 1903.
31. Raeke, Ueber Erschöpfungspsychosen. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. LVII.
32. Regnault, Société d'Hypnologie et de Physiologie. Psychiatr. Wochenschr., 5. Jahrg., 1904.
33. Riebold, Ueber eigentümliche Delirien bei Phthisikern. Mendel, Jahresber., Bd. VIII, 1904.
*34. Savage, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten und der Psychoneurosen, 1887.
35. Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten, 1878.
*36. Siemerling, Ueber Psychosen nach acuten und chron. Infektionskrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61, 1904.
37. Westeneng, Ueber Lungenleiden in Verbindung mit Psychosen. Psychiatr. Bladen, 1885, 3. Lief.. Zeitschr. f. Psych, Bd. 44, 1888.
38. Wundt, Physiologische Psychologie.
39. Ziehen, Lehrbuch der Psychiatrie, 1902.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Alfred Hanel, katholischer Konfession, wurde als Sohn des Schlossermeisters und Kaufmanns Josef Hanel zu Patschkau i. Schles. und dessen Ehefrau Anna, geb. Blümel (gestorben am 9. September 1893) am 12. Oktober 1869 zu Patschkau geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er zunächst auf dem Gymnasium seiner Vaterstadt, das er nach $^1/_2$ jährigem Aufenthalt in Obersekunda an Michaelis 1887 verliess, um dann 3 Jahre lang dem Kaufmannsstande, als Lehrling und Kommis in der Stabeisen- und Eisenkurzwarenbranche anzugehören. Ostern 1891 bestand er dann nach fünfmonatlichen Besuch der Militärvorbereitungsanstalt des Dr. Gudenatz in Breslau die Aufnahmeprüfung für die Prima des Gymnasiums in Guben i. Brdbg. und verliess diese Anstalt Ostern 1893 mit dem Zeugnis der Reife. Er studierte hierauf Philosophie und Theologie an den Universitäten Breslau und Freiburg i. Schw., Jurisprudenz, Nationalökonomie und Statistik an den Universitäten Freiburg i. B. und Strassburg und liess sich im Wintersemester 1896/97 an der Kgl. Preuss. Universität zu Breslau immatrikulieren und bei der medizinischen Fakultät inskribieren. Im Sommersemester 1897 und Wintersemester 1897/98 besuchte er die Landesuniversität Rostock, an der er am 2. März 1898 die ärztliche Vorprüfung bestand. Darauf bezog er die Kgl. Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin, an der er während der übrigen medizinischen Semester verblieb und am 31. Dezember 1904 die medizinische Staatsprüfung, längere Zeit durch Krankheit unterbrochen, vollendete. Vom 1. März bis 1. Juni 1905 war er als Praktikant der Medizin an dem Kreiskrankenhaus Britz b. Berlin (Direktor, Sanitätsrat Dr. Riese und Dr. Püschmann) beschäftigt. Am 6. Juni 1905 wurde er vom Ministerium für Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten im Einverständnis mit dem Herrn Reichskanzler von der Ableistung des Restes des praktischen Jahres befreit, und ihm die Approbation als Arzt mit der Geltung vom 1. Juni 1905 ab, zuerkannt. Vom 1. Juni bis 1. Dezember 1905 war er als Assistenzarzt in den Lungenheilstätten „Stadtwald“ und „Moltkefels“ der Pensionskasse für die Arbeiter der Preussisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft tätig.

Während seiner medizinischen Studienzeit hatte er Gelegenheit an folgenden Instituten in Berlin zu arbeiten:

Als Famulus: $3^1/_2$ Monat am Pathologischen Institut des Städtischen Krankenhauses Moabit (Direktor Prof. Dr. Langerhans) 2 Monate auf der medizinischen Abteilung der Kgl. Charité (Prof. Dr. Gerhardt und Oberarzt Dr. Brandenburg) 2 Monate in der chirurgischen Universitätspoliklinik (Prof. Dr. v. Bergmann und Dr. Lexer) 2 Monate an der gynäkologischen Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik (Prof. Dr. Olshausen und Oberarzt Dr. Koblanck).

Als Hauspraktikant 3 Monate an der Geburtshilflichen Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik (Prof. Dr. Olshausen und Assistenzarzt Dr. Opitz).

Folgenden Herren ist der Verfasser als seinen akademischen Lehrern zu Dank verpflichtet:

In der Philosophie: Baeumker, Bartijn, Commer, Hardy, Horner, Michaut, Michel, Pughe, Riehl, Sturm, Zapletal.

Musik und Kunstgeschichte: Dehin, Franz, Hoppe.

In der Theologie: Beck, Friedlieb, König, Laemmer, Müller, Scholz.

In der Jurisprudenz: Bremer, van Calker, Cosack, Laband, Lenel, Wlassack.

In der Nationalökonomie: Elster, Knapp.

Statistik: v. Mayr.

In der Medizin:

In **Breslau:** Born, Hasse, Meyer.

In **Rostock:** Barfurth, Blochmann, Falkenberg, Langendorf, Matthiesen, Michaelis, Reinke.

In **Berlin:** Baginsky, v. Bergmann, Bernhardt, Gebhardt, Gerhardt, Gusserow, Heubner, Jolly, Katz, König sen. u. jun., Langerhans, Lassar, Lesser, Lexer, Lewin, v. Leyden, Liebreich, Mendel, v. Michel, Nagel, Nasse, Olshausen, Rosin, Rubner, Virchow, Waldeyer, Zabludowski, Zinn.